اضطرابات
قصور الانتباه والحركه المفرطه
خصائصها . وأسبابها . وأساليب علاجها



تأليف

دكتور كمال سالم سيسالم

استشاري التربية الخاصة

بولاية تكساس الأمريكية

دار الكتاب الجامعي

اضطرابات

قصور الانتباه والحركة المفرطة

خصائصها - وأسبابها - وأساليب علاجها

بسم الله الرحمن الرحيم

اضطرابات
قصور الانتباه والحركة المفرطة
خصائصها ، وأسبابها ، وأساليب علاجها

تأليف

دكتور كمال سالم سيسالم
استشاري التربية الخاصة
بولاية تكساس الأمريكية

دار الكتاب الجامعي
العين
٢٠٠٠ - ٢٠٠١

الطبعة الأولى

٢٠٠٠ - ٢٠٠١

دار الكتـــاب الجامعي

العين   الإمارات العربية المتحدة

ص.ب. ١٦٩٨٣   هاتف :٧٦٦٤٨٤٥

فاكس : ٧٥١٢١٠٢ -٣- ٠٠٩٧١

E-mail : bookhous@emirates.net.ae

المحتويات

* * * * * * *

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة
أدوية لا زالت قيد البحث والتجريب	١٥٦
– ما يجب أن يعرفه الطفل عن الدواء	١٥٩
– ما يجب أن يعرفه أولياء الأمور عن الدواء	١٦٠
– ما يجب أن يعرفه المدرسون عن الدواء	١٦٠
الفصل الخامس: برامج تغيير السلوك	١٦٣
– الأحداث التي تسبق السلوك	١٦٧
– السلوك	١٧٦
– التوابع أو نتائج السلوك	١٨٤
– متابعة السلوك	١٨٦
– المعززات الإيجابية والمعززات السلبية	١٨٧
– المعززات الاجتماعية	١٩٤
– الربط بين السلوك والمعزز	١٩٤
– تشكيل السلوك	١٩٥
الفصل السادس: أساليب أخرى للعلاج، وتوصيات لأولياء الأمور	١٩٩
– أسلوب الوصول إلى أعلى درجات التيقظ	٢٠٤
– أسلوب التحليل النفسي	٢٠٥
– التأهيل	٢٠٥
– الأجهزة الكهربائية	٢٠٦
– أشرطة التسجيل	٢٠٩
– أجهزة وبرامج الكمبيوتر	٢٠٩
– جهاز المراقبة الذاتية للسلوك	٢١٠
– جهاز التحكم عن بعد	٢١٠

الموضوع	الصفحة

مقدمــة

إن موضوع اضطرابات قصور الانتباه والحركـة المفرطـة مـن الموضوعـات التي لا تكاد تخلو مجلـة تربويـة أو طبيـة متخصصـة في أمـراض الأطفـال مـن دراسة أو مقالة عنها، كما أن المؤتمرات والندوات الدورية التي ينظمها مجلـس الأطفال غير العاديين (CEC) في الولايات المتحدة تشتمل برامجها على العديد من التقارير والمناقشات حول هذا الموضوع، كذلك فإن مجلس الأطفال والبالغين الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه "Children and Adults With Attention Deficit Disorders (CHADD)" يعقد مؤتمرًا سنويًا في إحدى المدن الرئيسية في الولايات المتحدة الأمريكية يحضره عدد كبير من المتخصصين في مجال التربية الخاصة ومجال طب الأطفـال، ويتـم في هـذا المؤتمـر السـنوي عرض ومناقشة آخر البحوث والدراسات والتقـارير المتعلقـة باضطرابـات قصـور الانتباه.

من جهة أخرى، فإن الإدارات التعليميـة بجميـع الولايـات الأمريكيـة تشترط على المدرسين في جميع المراحل الدراسية أن يحضروا دورات تدريبية لا تقل مدتها عن ٢٠ ساعة خلال العام الدراسي، وذلك كي يستمروا في الاحتفاظ بتراخيص مزاولة مهنة التدريس، وتؤكد الكثير من الإدارات التعليمية المحليـة والمدارس على ضرورة أن يكـون موضـوع اضطرابـات قصـور الانتبـاه والحركـة المفرطة على قائمة برامج التدريب وورش العمل.

خلال الثمانينيات،فإن موضوع صعوبات التعلم هو الموضـوع الـذي كـان يشغل الساحة التربوية في ذلك الوقت وذلك نظرًا لارتفاع نسبة الأطفـال الذيـن

يعانون من صعوبات التعلم فيما بين ٣-٥٪ من المجموع الكلي لطلبة المدارس الأمريكية، وما نتج عنه من مشكلات دراسية شكلت تحديًا كبيرًا للمتخصصين في مجال التربية الخاصة، إضافة إلى اهتمام أولياء الأمور بهذا الموضوع. وفي التسعينيات، وعلى الرغم من استمرار الاهتمام بموضوع صعوبات التعليم، فإن موضوع اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة قد طغى على كل الموضوعات وغطّى ليس فقط على الساحة التربوية بل أيضًا على كل من الساحة الطبية والساحة الاجتماعية. إن السبب في هذا الاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب لا يرجع إلى النسبة المرتفعة من أطفال المدارس المصابين بهذه الاضطرابات، التي وصلت إلى حوالي ٢٠٪ من جملة أطفال المدارس الأمريكية، ولا إلى المشكلات الدراسية الناتجة عن ذلك فقط، بل إن هذا الاهتمام يرجع أيضًا إلى ارتباط هذه الاضطرابات بخطورة المشكلات السلوكية الناتجة عنها، التي تؤثر تأثيرًا سلبيًا ليس فقط على الطفل بل على مجتمعه والبيئة المحيطة به كذلك. لقد أشارت العديد من الدراسات التتبعية التي أجريت حول الأفراد المصابين باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة إلى أن نسبة تورطهم في الأحداث والمواقف الاجتماعية السلبية الآتية تزيد عن نسبة أقرانهم من العاديين:

- تخريب الممتلكات العامة.
- جرائم السرقة.
- المشاجرة.
- مخالفة وتحدي السلطات.
- مخالفات المرور.
- الحوادث المرورية.

- إدمان الكحول.
- تعاطي المخدرات والمتاجرة بها.
- المشكلات الأسرية.
- محاولات الانتحار.

لهذا، فإن الإهمال في علاج المصابين بهذه الاضطرابات لن يؤدي فقط إلى ضياع نسبة كبيرة من أبناء المجتمع، بل أيضا إلى تفشي الجريمة والسلوك السلبي في المجتمع.

إن هذا الكتاب بفصوله السبعة ما هو إلا محاولة متواضعة لإلقاء الضوء على اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة للتعرف على أسبابها وخصائصها، وعلى الأساليب المستخدمة في علاجها والتعامل معها:

- فيعرف الفصل الأول مفهوم اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وخصائص هذه الاضطرابات.
- أما الفصل الثاني فهو يركز على التعريف بالمعايير الأساسية التي تستخدم في تشخيص هذه الاضطرابات.
- وفي الفصل الثالث عرض للمقاييس المستخدمة في تشخيص وتقييم اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.
- وقد اختص الفصل الرابع بالحديث عن الأدوية المنشطة والأدوية البديلة التي تستخدم في علاج هذه الاضطرابات.

وحيث إن الاعتماد على الدواء بمفرده لا يعتبر كافيا لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة بل يجب أن تصاحبه برامج للعلاج السلوكي، فلقد

اختص كل من الفصل الخامس والفصل السادس بالحديث عن برامج تغير السلوك، وعن الأساليب والوسائل الأخرى المساعدة على علاج هذه الاضطرابات، إضافة إلى التدريب على المهارات الاجتماعية اللازمة للنمو والتفاعل الاجتماعي، وهذا هو محور الفصل السابع والأخير.

وتجدر الإشارة إلى أني استعنت بالعديد من المراجع والنشرات الحديثة التي صدرت في مجال اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وأنه كان لكتاب فليك ١٩٩٨ Flick بعنوان "اضطرابات قصور الانتباه/ اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة – تغير السلوك – ADD/ADHD Behvior change" النصيب الأكبر من هذه الاستعانة.

وفي النهاية، لايسعني سوى تقديم الشكر للسيد/ محسن محمد الذي قام بعمل المونتاج لهذا الكتاب وتنسيقه بدقة فائقة كي يكون مرجعاً جذاباً بين يدي القراء الأعزاء والمختصين في هذا المجال.

وأرجو من الله سبحانه وتعالى أن أكون بكتابي هذا قد ساهمت بجهد متواضع في إثراء المكتبة العربية وتزويد القارئ والمتخصص في مجال التربية الخاصة والتأهيل النفسي في الوطن العربي ببعض المعلومات التي تساعد على إلقاء مزيد من الضوء على موضوع اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وإن وفقت في ذلك فهو من الله سبحانه وتعالى، وإن كان هناك تقصير فهو مني وأرجو تداركه في المستقبل.

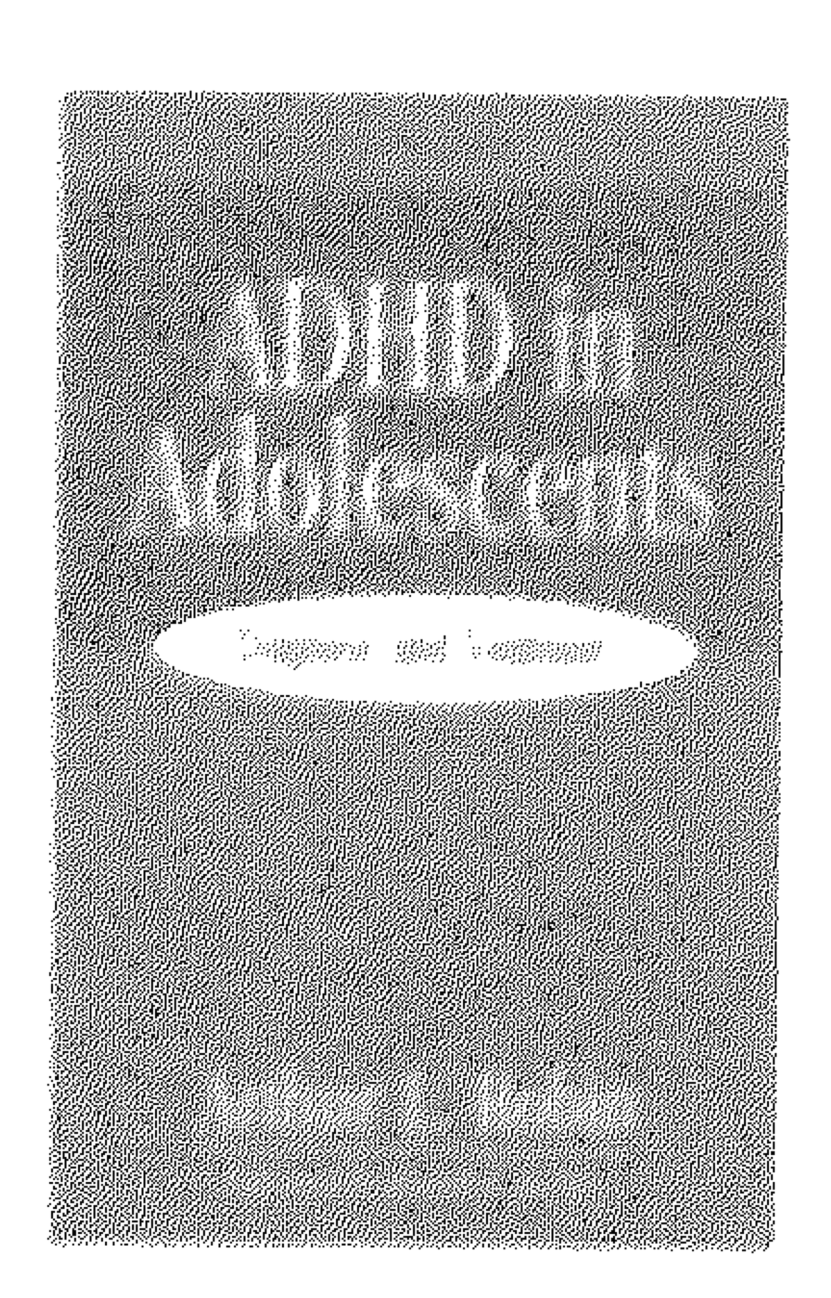
د. كمال سالم سيسالم
دالاس – تكساس

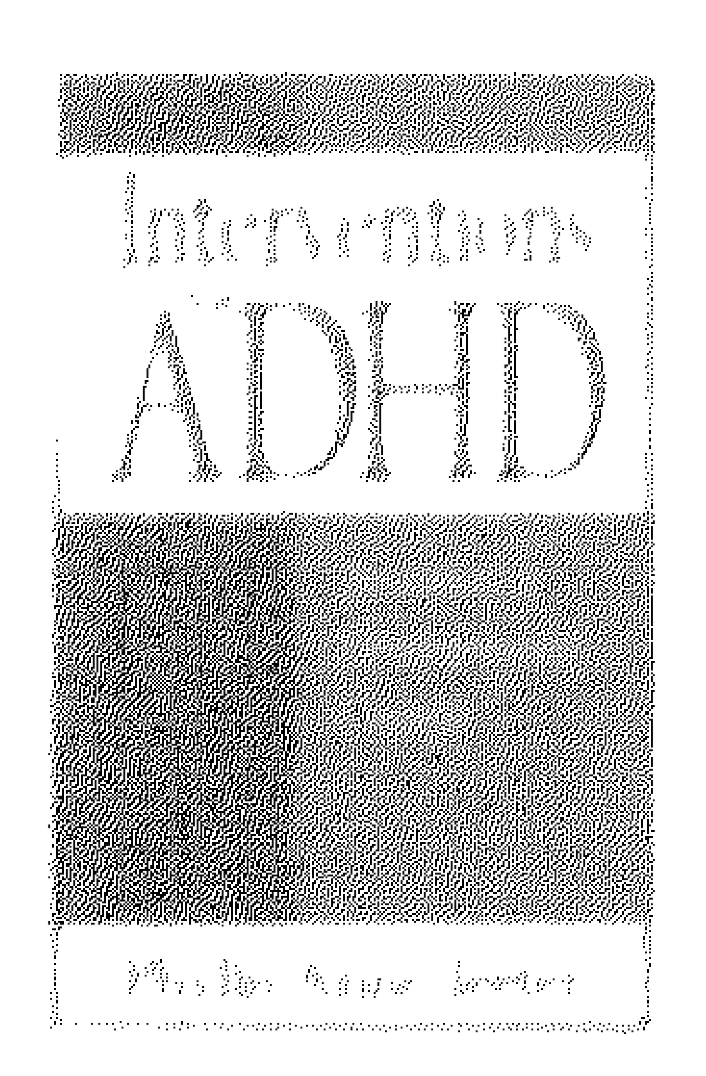
الفصل الأول

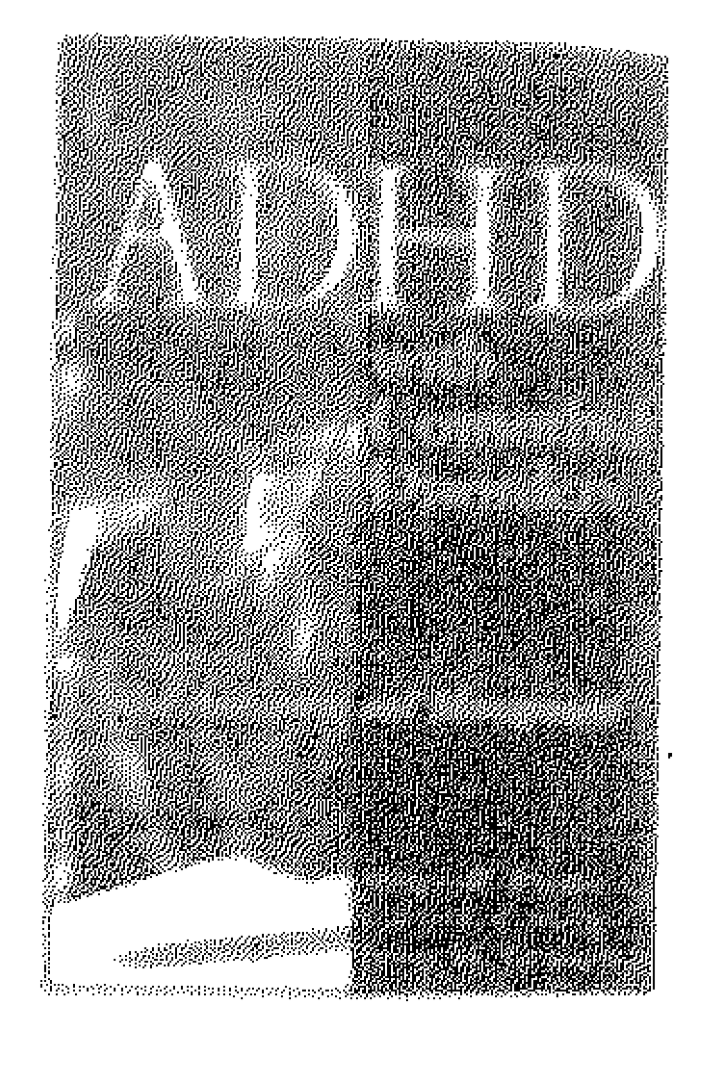
مفهوم اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة وخصائصها

****

* لمحة تاريخية.
* مفهوم اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.
* خصائص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.
* مدى انتشار اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.
* الأسباب البيولوجية لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.
  - أسباب وراثية.
  - أسباب مرتبطة بالجهاز العصبي.
  - أسباب كيميائية.


ADHD in
Adolescents


Interventions
ADHD


ADHD

الفصل الأول

مفهوم اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة وخصائصها

لمحة تاريخية:

يرجع وصف اضطربات قصور الانتباه والحركة المفرطة إلى العهد اليوناني القديم، فقد أشار جولدشتين ١٩٩٠ Goldstein إلى أن الطبيب اليوناني جالين Galen كان يصف الدواء للأطفال ذوي النشاط الحركي المفرط من أجل تهدئتهم.

في عام ١٨٤٥ قام الشاعر الألماني هوفمان Huffman بكتابة قصيدة وصف فيها طفلاً مندفعاً ومتهوراً في سلوكه ومفرطاً في نشاطه الحركي. وفي نفس ذلك القرن قام الطبيب الإنجليزي ستل Still بوصف الاضطرابات التي نعرفها الآن بقصور الانتباه والحركة المفرطة، على أنها قصور غير عادي في التحكم بالذات، وقد عزا ذلك إلى اضطرابات في المخ، أو الوراثة أو إلى عوامل بيئية أو طبية أخرى، كذلك فقد لاحظ ارتفاع نسبة هذه الاضطرابات بين الذكور أكثر من الإناث، وقد أوصى ستل Still بعلاج هذه الحالات والإبقاء على المرضى داخل المصحات لحين استكمال العلاج " فليك ١٩٩٨ Flick ".وقد أشار تريدجولد ١٩٠٨ Tredgold إلى أن الأطفال الذين يتعرضون لنقص في الأوكسجين، أو لإصابة في المخ خلال مرحلة الميلاد قد يتعرضون لمشكلات عند الالتحاق بالمدرسة، وهذا ما نعرفه الآن بالتلف الدماغي البسيط. عندما تفشت التهابات الدماغ في عام ١٩١٨ ترددت في كتابات الباحثين والمختصين

مشكلات الانتباه والاندفاع والحركة المفرطة عند العديد من الأطفال الذين أصيبوا بالتهابات الدماغ في ذلك العام.

حاول شليدرز Childers في عام ١٩٣٥ التمييز بين خصائص الطفل ذي النشاط الحركي المفرط، وخصائص الطفل ذي إصابات الدماغ، فوجد أن هناك عدداً محدوداً من الأطفال ذوي الحركة المفرطة يعانون من إصابات في الدماغ.

كان من بين الجرحى في الحرب العالمية الثانية العديد ممن أصيبوا في الدماغ، مما نتج عنه ظهور حالات كثيرة من مشكلات في الانتباه والأرق والتململ والسلوك الاندفاعي، وقد أشارت نتائج البحوث في ذلك الوقت إلى ارتباط هذه الاضطرابات بإصابات الدماغ.

أشار كل من " شتراوس ولهلنن Strauss and Lehlinen " إلى اختلاف دلائل أو علامات التلف الدماغي عن النشاط الحركي المفرط، وأوصيا بضرورة توفير برامج تربية خاصة بهذه الحالات، واعتقدا أن هؤلاء الأطفال معبؤون بالمثيرات التي تؤدي إلى الإفراط في نشاطهم الحركي، واقترحا إخلاء الفصول الدراسية من المثيرات التي يمكن أن تزيد من تشتتهم ونشاطهم الحركي.

في عام ١٩٣٧ استخدم " برادلي Bradley " عقار البنزدرين Benzedrine - الذي يستخدم لعلاج الصداع وزيادة معدل ضغط الدم - في علاج تشتت الانتباه والحركة المفرطة، وقد لاحظ تغيراً كبيراً في السلوك وفي الأداء المدرسي لكثير من الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الاضطرابات، كما لاحظ أيضاً تحسناً ملحوظاً في الانتباه بالإضافة إلى تحسن في الأداء في

اختبارات الذكاء، ولقد أدت هذه النتائج بالعديد من المختصين إلى التساؤل عن جدوى استخدام الأدويـة المنشـطة لعـلاج اضطرابـات قصـور الانتبـاه والحركـة المفرطة، وقد تبع ذلك إجراء العديد من البحوث والدراسات في هذا المجال.

مفهوم اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

إن من أهم التحديات التي تواجه المدرسين اليوم التعامل مع العدد المتزايد من الطلاب الذين لا ينتبهون لما يقال في الفصل ولا يستطيعون الاستقرار في مكان واحد خلال فترة الدرس، فهُمْ دائمًا في حركة مستمرة، وبالطبع فإن ولي الأمر سوف ينزعج عندما يصله خطاب من المدرسة تخبره فيه بأن طفله لا يريد أن يستمع ويثير المشكلات داخل الفصل ولهذا فإن درجاته في معظم المواد الدراسية منخفضة.

إن أحد الأسباب المحتملة لهذه السلوكيات هو معاناة هذا الطالب من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة Attention Deficit and Hyperactivity Disorders فما المقصود بهذه الاضطرابات؟

أشارت التقارير الواردة عن المركز الوطني الأمريكي للمعلومات عن الأطفال والبالغين ذوي الإعاقات إلى أن أعراض هذه الاضطرابات قد ذُكرت في المقالات الطبية منذ مائة عام، وأنها تعتبر واحدة من أكثر الاضطرابات التي تولاها البحث في أمراض الأطفال على مدى ما يقرب من أربعين عاما، فقد أشار البحث إلى أن هذه الاضطرابات يمكن أن تسبب مشكلات طوال فترة حياة

الشخص خاصة إذا لم تُعالج، ولقد أطلقت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association عليها في سنة ١٩٩٤ اسم "مرض قصور الانتباه والحركة المفرطة، على الرغم من أن عامة الناس وحتى بعض الأخصائيين لا زالوا يسمونها "قصور الانتباه Attention Deficit"، وهو الاسم الذي أطلق عليها عام ١٩٨٠. ولقد تم تغيير هذا الاسم نتيجة للاكتشافات العلمية ونتائج التجارب على هذه الاضطرابات التي أكدت على وجود دلائل قوية تشير إلى مصاحبة الحركة المفرطة Hyperactivity لقصور الانتباه في معظم الحالات، لهذا فإن الكثير من المختصين يستخدمون هذين المصطلحين بشكل متبادل أو معًا للتعبير عن حالة واحدة، وهي إما:

- "قصور الانتباه" منفردًا.
- "الحركة المفرطة" منفردًا.
- "قصور الانتباه" مصاحبًا "للحركة المفرطة".

كذلك فقد أشارت هذه النتائج أيضًا إلى مصاحبة السلوك الاندفاعي Impulsivity في كثير من حالات قصور الانتباه والحركة المفرطة، لهذا فلقد استقر رأي المختصين في هذا المجال على وجود ثلاثة أعراض رئيسية لهذه الاضطرابات تظهر إما بشكل متلازم تلازمًا كليًا أو تلازمًا جزئيًا/ أو منفردة، وهذه الأشكال هي:

١- الشكل المشترك Combined Type

وهو عبارة عن تلازم ظهور وهيمنة الأشكال الثلاثة معًا أي قصور الانتباه والحركة المفرطة والاندفاع على سلوك المريض.

٢- الشكل الذي يسود فيه عدم الانتباه:
Predominantly Inattention Type

وهو عبارة عن هيمنة سلوك عدم الانتباه على المريض بشكل أكبر من سلوك الحركة المفرطة والاندفاع.

٣- الشكل الذي تسود فيه الحركة المفرطة:
Predominantly Hyperactivity Type

وهو عبارة عن هيمنة سلوك الحركة المفرطة وظهوره بشكل أكبر من سلوك عدم الانتباه.

ولقد أخذت هذه الدراسات بعين الاعتبار أن نسبة قليلة من الأشخاص المصابين بهذا المرض يعانون فقط من قصور في الانتباه بينما تعاني الغالبية العظمى منهم من قصور في الانتباه مصحوب بالحركة المفرطة والاندفاع، كما أكدت على تلازم الحركة المفرطة والسلوك الاندفاعي، فهؤلاء الطلاب لا ينتبهون إلى التعليمات الموجّهة إليهم ومن الصعب عليهم الجلوس بهدوء والتركيز لأنهم مفرطو الحركة ومندفعون، ولهذا فإنه من الصعب عليهم التحكم بأنشطتهم.

في هذا الكتاب سوف يُستخدم مصطلح "قصور الانتباه والحركة المفرطة" للدلالة على مظاهر هذا المرض إما بصورة مجتمعة (قصور الانتباه والحركة المفرطة والاندفاع) أو منفردة (هيمنة سلوك عدم الانتباه على الحركة المفرطة والاندفاع أو هيمنة سلوك الحركة المفرطة والاندفاع على عدم الانتباه).

خصائص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

تشتمل خصائص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة على ثلاثة عشر نمطاً أورَدها فليك (١٩٩٨) Flick.

ومن الجدير بالذكر أن جميع هذه الأنماط السلوكية تعتبر نواتج للظاهرتين الأساسيتين اللتين تتميز بهما هذه الاضطرابات ألا وهما قصور الانتباه والحركة المفرطة كما سوف يأتي توضيحه في هذا الفصل:

١- عدم الانتباه Inattention.

٢- الحركة الزائدة أو المفرطة Hyperactivity.

٣- الاندفاع Impulsivity

٤- الفوضى وعدم النظام Disorganization

٥- ضعف العلاقة مع الأقران Poor Peer / Sib Relations

٦- السلوك العدواني Aggressive Behaviour

٧- ضعف مفهوم الذات Poor Self-Esteem
وضعف الثقة بالنفس Poor Self- concept

٨- الإبهار وسلوك الإثارة

٩- أحلام اليقظة Day Dreaming

١٠- ضعف التناسق Poor Coordination

١١- مشكلات الذاكرة Memory Problems

١٢- الإصرار والإلحاح Persistent

١٣- التضارب و؛ الترابط Inconsistency

فيما يلي عرض مفصل لكل واحدة من هذه الخصائص مع بعض الملاحظات التي أورَدها بعض أولياء الأمور والمدرسين فيما يتعلق بالأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه والحركة المفرطة.

أولاً : عدم الانتباه:

إن إحدى أكثر الخصائص شيوعا لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، هي ضعف التركيز والانتباه، وهذا لا يعني أنهم لا ينتبهون على الإطلاق، فالحقيقة أنهم يحاولون الانتباه ولكن هناك مؤثرات داخلية وأخرى خارجية تؤدي إلى تشتت انتباههم وتشغلهم عن التركيز فيكون من الصعب عليهم الانتباه إلى التعليمات المطلوب سماعها وفهمها من أجل إنجاز العمل أو الواجب الذي كلفوا به، فيكون الفشل في الأداء وعدم الإنجاز هو النتيجة المتوقعة لعدم الانتباه.

على الرغم من هذا التقييم، فإن هناك بعض الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند تشخيص عدم الانتباه عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة:

١- التنوع والاختلاف في درجة الانتباه: فأحيانًا نجد الطفل طبيعيًّا أو قريبًا من الطبيعي في درجة انتباهه أثناء الاستماع أو أثناء أداء الواجب، وفي أحيان أخرى نجده شديد التشتت وغير منتبه وغير قادر على التركيز.

٢- اختلاف درجة الإصرار على تركيز الانتباه: نجد أن كثيرًا من الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه وحركة مفرطة يجتهدون في تركيز انتباههم في الواجبات داخل الفصل. أما في البيت فهم على العكس من ذلك، فهم لا يحاولون الانتباه لتعليمات وتوجيهات أولياء الأمور ولا يركزون في أداء الواجبات التي قد تطلب منهم، فألعاب الفيديو والصور والملصقات وأفلام الكرتون هي شغلهم الشاغل.

٣- اختلاف درجة الانتباه باختلاف الموقف: حيث تزداد صعوبة الانتباه عندما توجه التعليمات للطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة بشكل عام ضمن مجموعة أطفال الفصل، أما عندما توجَّه إليه التعليمات وجهًا لوجه وبطريقة فردية فتزداد درجة انتباهه وتركيزه.

٤- تأثر درجة الانتباه بالعوامل الداخلية: قد لا تكون هناك عوامل أو مؤثرات خارجية تساهم في عدم انتباه الطالب لما يستمع إليه أو يقوم به من عمل، ولكن قد يتأثر انتباهه كثيرًا بمشاعر وعوامل داخلية. فهذا الطفل غالبًا ما يعاني من مشكلات رئيسية في التحصيل الدراسي، فعلى الرغم من خبرة المدرس في التعامل مع حالات قصور الانتباه وتكييفه وسيطرته على العوامل الخارجية التي تؤثر على انتباه وتركيز الطفل، فإنه لا ينجح في تحقيق ما يرغب فيه وهو جذب انتباه هذا الطفل وذلك ناتج عن عدم قدرته على التكهن بالعوامل والمشاعر الداخلية التي تنتابه وتتحكم في سلوكه وردود أفعاله.

٥- ارتباط تشتت أو ضعف الانتباه بعوامل أخرى: ليست كل حالات ضعف أو تشتت الانتباه ناتجة عن مرض قصور الانتباه والحركة المفرطة، فالأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم Learning Disabilities يعانون أيضًا من مشكلات في الانتباه وذلك راجع إلى أنهم يعانون من صعوبات ومشكلات رئيسية في القراءة أو الهجاء أو الكتابة أو الرياضيات تؤدي إلى إخفاقهم في فهم وإنجاز ما يُطلب منهم من واجب مدرسي مما يدفعهم إلى اتباع سلوك التجاهل وعدم الانتباه لما يوجه إليهم من تعليمات أو شرح للواجبات المطلوب منهم أداؤها.

ملاحظات المدرس:

إن هذا الطفل يبدو وكأنه في عالم آخر، فعندما أطلب منه القراءة فإنه لا يعرف أين وصلنا، كما أن لديه مشكلات في اتباع التعليمات وأداء الواجبات التي تطلب منه كما لو كان ممن يعانون من التخلف العقلي أو الاكتئاب أو القلق.

ملاحظات ولي الأمر:

عندما أقول له شيئا فإنه يدخل من أذن ويخرج من الأذن الأخرى، وكأنني لم أقل له شيئا، إنه يعرف أسماء كل لاعبي الكرة، ولكنه لا يتذكر ما قلته له منذ دقائق.

ثانياً : الحركة المفرطة:

يعتبر النشاط الحركي الزائد أو الحركة المفرطة من أكثر الأنماط السلوكية وضوحا لدى الأطفال الذين يعانون من القصور في الانتباه والحركة المفرطة،

ويبدأ هذا النشاط الحركي المفرط في مرحلة مبكرة جدا من عمر الطفل، حتى إن بعض أمهات هؤلاء الأطفال أشَرن إلى شعورهن بهذه الحركة المفرطة في أثناء مرحلة الحمل وهم أجنة في الأرحام.

قد لا تتضح مدى خطورة هذه الحركة المفرطة إلا عندما يوضع الطفل في موقف يحتاج فيه إلى السيطرة على حركاته، وهذا ما يكون عليه الحال عندما يلتحق هذا الطفل برياض الأطفال ويتحتم عليه الجلوس في مقعد وفي مكان محدد لفترة زمنية معينة، فهذا الطفل لا يستطيع الجلوس بهدوء للقراءة أو للاستماع لما يقوله المدرس، أو خلال فترة النوم القصيرة المحددة في بعض رياض الأطفال بعد تناول طعام الغداء. فهذا الطفل في حركة دائمة وكأنه مشغول بأداء عمل معين، والحقيقة أنه ينتقل من عمل إلى آخر دون أن ينجز العمل السابق، وهو دائم الضجر لذا فهو في حاجة إلى مثيرات دائمة ومختلفة.

ملاحظات المدرس:

إن هذا الطفل لا يستطيع أن يجلس في مكان واحد لفترة طويلة، فهو دائم الحركة والتنقل، وهو أيضا دائم التحدث مع من حوله داخل الفصل، إنه ينقر بالقلم على مكتبه بشكل مزعج.

ملاحظات ولي الأمر:

إن حركته غير عادية حتى قبل أن يولد، إنه دائم الحركة حتى عندما نزور أحد الأصدقاء فإنني دائما مشغول بما يفعله فهو يلمس كل شيء في البيت.

ثالثاً : الاندفاع :

يتمثل السلوك الاندفاعي في عدم القدرة على التحكم بالذات، فمن الجدير بالذكر أن الطفل الذي يعاني من قصور في الانتباه والحركة المفرطة لا يقصد في معظم الحالات إثارة المشكلات والاضطرابات السلوكية، فهو يعلم جيدًا في كثير من الحالات ما هو صحيح وما هو خطأ، ويستطيع أن يفرق بين ما يجب عليه أن يفعله وما يجب عليه ألا يفعله، كذلك فإن لديه القدرة على فهم وإدراك اللوائح والقواعد التي تحكم السلوك سواء في البيت أو في المدرسة، ولكنه متسرع ومندفع في رد الفعل أو اتخاذ القرار، فهو لا يفكر إلا بعد أن يقوم بالعمل أي لا يفكر إلا بعد حدوث الكارثة، وهذا ما يُحزن أولياء الأمور، فهم يعرفون جيدًا أن هذا الطفل ذكي وقادر على القيام بالعمل السليم أو السلوك السوي ولكن على الرغم من ذلك، فقد تسرع واختار أن يؤدي السلوك المعاكس، ولهذا فإن هذا الطفل يشعر بتأنيب الضمير والشعور بالذنب بعد كل سلوك غير ملائم يقوم به، ولكن من الغريب أن مشاعر الإحساس بالذنب هذه لا تعيقه عن القيام بمثل هذا السلوك غير الملائم مرة أخرى في المستقبل. وكمثال على ذلك، فإن الطفل العادي في المدرسة أي الذي لا يعاني من قصور في الانتباه والحركة المفرطة عندما يريد أن يقوم بسلوك عدواني تجاه زميله في الفصل كأن يدفعه مثلاً فإنه ينظر حوله كي يتأكد من أن أحدًا لن يراه عندما يقوم بها العمل حتى يتجنب العواقب، أما الطفل الذي يعاني من قصور الانتباه والحركة المفرطة فإنه يندفع دون تفكير في دفع زميله دون أن ينظر

حوله ليرى ما إذا كان هناك من سيراه. ولهذا فإنه دائمًا ما يقبض عليه متلبسًا ويعاقب على هذا السلوك غير الملائم. ويعاني المدرس في الفصل من تكرار مقاطعة هذا الطفل له أثناء الشرح فهو يسأل ويتكلم ويجيب دون أن يُسمح له بذلك، وغالبًا ما تكون أسئلته وإجاباته غير متعلقة بالدرس أو بالسؤال الذي طرحه المدرس. وفي الاختبارات، فإنه يقوم بالإجابة قبل أن يستمع للتعليمات التي يلقيها المدرس والتي تساعد على كتابة الإجابة بشكل صحيح، لهذا فهو يقع في كثير من الأخطاء أولاً لأنه لم يستمع للتعليمات وثانيا لأنه تسرع في الإجابة على أسئلة الاختبار دون الإمعان في التفكير فيها.

أما على مستوى الأنشطة الرياضية فهو يتدخل في اللعب ولا ينتظر حتى يأتي دوره، كما أنه لا يتبع القواعد واللوائح التي تحكم اللعب.

ملاحظات المدرس:

كان عليَّ أن أطلب من هذا الطفل باستمرار أن يتوقف عن الكلام، إنه لا يستطيع الانتظار حتى أسمح له بالإجابة فهو ينطق بها قبل أن أسمح له بذلك.

ملاحظات ولي الأمر:

إنه يقاطعني باستمرار عندما أتحدث مع الضيوف، مما يتسبب في إحراجي بشكل كبير، إنه يقود دراجته في الشارع بتهور ولقد تسبب في كثير من الحوادث.

رابعاً: الفوضى وعدم النظام

للسلوك الفوضوي جانبان رئيسيان، الجانب الأول هو الذي يتعلق بالمظهر أو الهيئة التي يبدو عليها الطفل، فهو لا يهتم بمظهره الخارجي أو بالتناسق والترتيب فيما يرتديه من ملابس ولا بالنظافة الشخصية المتمثلة بالاستحمام وتنظيف الأسنان وتصفيف الشعر وتقليم الأظافر وغيرها من المظاهر الخارجية. أما الجانب الثاني فهو المتعلق بطريقة تعامله مع الأشياء والأدوات سواء المدرسية أو المنزلية، فهو لا يهتم بتنظيم كتبه ومذكراته المدرسية ولا يتذكر أين وضعها، وكذلك فهو لا يؤدي ما يُطلب منه أو يكلّف به من واجبات مدرسية، فالأدوات والكتب التي يحتاجها لإنجاز الواجب إما أن تكون غير متوفرة لديه أو لا يعرف أين وضعها أو قد ينسى أن يحضرها معه من المدرسة، ولهذا فإن هذا السلوك الفوضوي وعدم النظام يساهم مساهمة فعالة في زيادة فشل الطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة في إنجاز الواجبات أو الأعمال المكلف بها.

ملاحظات المدرس:

١- غالبًا ما يصعب على هذا الطفل إيجاد ما يحتاج إليه داخل الفصل فأدواته وكتبه وأوراقه دائمًا مبعثرة.

٢- يحتاج وقتا طويلا للبدء في أداء الواجب المطلوب منه، فهو يستغرق وقتا طويلا في البحث عن القلم، ووقتا آخر في إيجاد الورقة، وعندما يستعد للكتابة يكتشف أن القلم في حاجة إلى أن يُبرى.

ملاحظات ولي الأمر:

١- إن غرفته دائمًا غير مرتبة وتتناثر داخلها الملابس والأدوات والنفايات.

٢- إن رائحة غرفته لا تطاق وعليَّ أن أفتح النوافذ باستمرار لتجديد الهواء.

٣- إنه يفقد أدواته وأشياءه الخاصة باستمرار.

٤- إنه لا يهتم بمظهره الخارجي وأقوم باستمرار بتنبيهه إلى ضرورة تغيير ملابسه وارتداء ملابس نظيفة.

خامسا: ضعف العلاقات مع الأقران والإخوة والأخوات:

على الرغم من أن لدى هذا الطفل رغبة شديدة في أن يكون مقبولاً من الأطفال الآخرين، فإن علاقاته مع الآخرين تعتبر قاصرة ومحدودة جدًا، وذلك لأن السلوك الذي يسلكه سواء في المدرسة أو في الشارع أو حتى في البيت يعتبر سلوكًا غير ملائم وغير مقبول، فيواجَه بالنفور والتأفف من الآخرين وعدم الرغبة في التعامل معه وإقامة علاقة صداقة معه.

من ناحية أخرى فإن هذا الطفل يتميز بالتسرع في إصدار الأحكام على أقوال أو أفعال الآخرين دون بحث أو تفكير، ولهذا فهو قد يفسر حركة أو كلمة قالها أحد الأقران على أنها إهانة له فيحدث منه رد فعل بناء على هذا التفسير مما يؤدي إلى إثارة المشكلات والمشاجرات مع الأقران.

كذلك فإن عدم اتباعه للوائح وقواعد اللعب ورغبته الملحة في أن يكون هو أول من يلعب أو يفرض نفسه على الأقران أثناء اللعب، يؤدي إلى النفور منه ورفض اللعب معه.

ملاحظات المدرس:

١- إنه يبدو وحيدًا في معظم الأوقات، ولا يبدو أن أحدًا يريد مصاحبته.

٢- يتعمد أحيانًا أن يقضي وقت الاستراحة داخل الفصل حتى لا يخرج مع الأطفال الآخرين ولا يجد من يتحدث أو يلعب معه.

ملاحظات ولي الأمر:

١- ليس له أصدقاء.
٢- لا يُدعى للمشاركة في الحفلات التي يُقيمها أقرانه.
٣- لا يستطيع التصرف بمنطق عندما يكون وسط مجموعة من الأقران.

سادسا: السلوك العدواني:

يعتبر السلوك العدواني إحدى أهم الخصائص التي يتميز بها الطفل ذو قصور الانتباه والحركة المفرطة، وتؤكد الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن هذا السلوك العدواني ناتج عن تراكم خبرات الفشل والتجاهل والخبرات السلبية التي مرت في حياة هذا الطفل، فهذا السلوك لا يعتبر مصاحبًا لمرض قصور الانتباه والحركة المفرطة، إنما هو عبارة عن رد فعل للنواتج السلبية لهذه الاضطرابات.

ملاحظات المدرس:

١- إن هذا الطفل لا يحترم مدرسيه.

٢- لقد حصل على كثير من الإنذارات.

٣- أينما وجدت مشكلة في الفصل فإنه يذكر اسم هذا الطفل.

ملاحظات ولي الأمر:

١- أنه دائمًا ما يضايق إخوته وأخواته.

٢- إذا ما طلبت منه أن يقوم بعمل ما فإنه لا يُطيعني.

٣- عندما يغضب فإنه يتحول إلى وحش لا يمكن السيطرة عليه.

سابعًا: ضعف مفهوم الذات والثقة بالنفس:

يعاني الطفل ذو قصور الانتباه والحركة المفرطة من مشكلات نفسية وانفعالية كثيرة وذلك نتيجة لكثرة المشكلات أو الصعوبات التي تواجهه أو التجارب الفاشلة التي باتت الصفة المميزة لمسار حياته، هذا بالإضافة إلى ما يواجه به من نقد لاذع وتعامل سلبي من الأقران والمحيطين به، كل ذلك يؤدي إلى ضعف فكرته أو مفهومه عن ذاته وفقدان ثقته بنفسه.

ملاحظات المدرس:

١- إن هذا الطفل لا يهتم بإنجاز العمل والانتهاء منه فهو يتركه قبل أن يكمله ولا يبذل أي محاولة للعودة لإنجازه.

٢- إنه دائمًا ما يسخر من نفسه ويضحك على نفسه.

ملاحظات ولي الأمر:

١- يقول عن نفسه إنه غبي ولا يستطيع أن يفعل شيئًا.

٢- يتعامل مع الأطفال الأصغر منه سنًا بصورة أفضل من تعامله مع أقرانه أو مَن هم أكبر منه سينًا.

ثامنًا: الإبهار وسلوك الإثارة:

من حسن الحظ فإن هذا النوع من السلوك لا يظهر باستمرار كباقي الأنماط السلوكية ولا يظهر عند جميع الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة. فبعض هؤلاء الأطفال وخاصة في مرحلة المراهقة يبحثون عن المغامرات ويقومون بالأعمال المثيرة التي تشكل خطرًا خاصة على حياتهم، فقد يقفز الطفل من الأماكن المرتفعة، أو يقود الدراجة أو السيارة بسرعة كبيرة، أو قد يقفز ويتعلق بشاحنة أو قطار مسرع لا لشيء إلا لجذب انتباه الآخرين.

ملاحظات المدرس:

١- إنه دائمًا ما يدعو أقرانه للقتال والمصارعة.

٢- يقوم بحركات غير عادية لإثارة انتباه أقرانه.

ملاحظات ولي الأمر:

١- غالبًا ما أجد معه مواد وأدوات خطرة مثل السكين والمفرقعات والمواد الكيميائية.

٢- في الصيف الماضي أصيب بكسر في ساقه عندما وقع عن الشجرة أثناء محاولته التسلق لقمتها.

٣- لقد قام بعدة أشياء خطيرة كادت أن تودي بحياته.

تاسعًا: أحلام اليقظة

ترتبط أحلام اليقظة بالحالة الجسمية للطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة، فكثير من هؤلاء الأطفال - خاصة ممن يقتصر مرضهم على قصور الانتباه فقط دون الحركة المفرطة - يعانون من انخفاض في درجة التيقظ والاستثارة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى حالات من النعاس والملل خاصة في المواقف التي لا تحظى باهتمامهم فيتغلبون على حالات الملل والنعاس هذه بالانشغال بأحلام اليقظة.

ملاحظات المدرس:

١- على الرغم من وجود جسمه في الفصل، فإني لا أعرف على وجه التحديد أين يذهب بعقله.

٢- يبدو شاردًا كما لو كان تحت تأثير مخدر.

٣- إنه كثيرًا ما ينام في الفصل.

ملاحظات ولي الأمر:

١- يتوقف باستمرار عن تأدية واجباته المنزلية ويحملق في الصورة التي أمامه.

٢- من الممكن لهذا الطفل أن يحملق في الفراغ لعدة ساعات دون أن ينطق بكلمة واحدة أو يعمل شيئًا.

عاشرًا: ضعف في التناسق والتآزر الحركي:

إن الكثير من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة يعانون من قصور في التناسق والتآزر الحركي وهذا ناتج عن السلوك الاندفاعي والتسرع الذي يتميز به هؤلاء الأطفال، وينعكس هذا القصور بشكل خاص على الحركات الدقيقة حيث يجد هؤلاء الأطفال صعوبة في أداء الأعمال التي تتطلب مهارات حركية دقيقة مثل الكتابة. ويتضح ذلك من عدم التناسق في الخط، وعدم انتظام الكتابة على السطر أو كثرة الشطب، وقد يبرع بعض هؤلاء الأطفال في أداء المهارات الحركية الكبيرة كالتي تتطلبها ممارسة الألعاب الرياضية فيتفوقون في رياضة معينة مما يساعد على التوازن بين القصور في الأداء المدرسي الناتج عن ضعف التآزر في المهارات الحركية الدقيقة والتفوق الرياضي الناتج عن التمكن من المهارات الحركية الكبيرة. كذلك فإن البعض الآخر الذي يعاني من قصور أو ضعف في تآزر أو تناسق الحركات الكبيرة تنتشر الجروح والخدوش على وجهه ويديه ورجليه وذلك من جراء الارتطام والسقوط المتكرر أثناء اللعب.

ملاحظات المدرس:

١- هو آخر من يتم اختياره للمشاركة في الألعاب الرياضية.
٢- إن كتابته غير منظمة على الرغم من أنه يبذل أقصى ما في وسعه لتحسينها.

ملاحظات ولي الأمر:

١- يبدو وكأنه يترنح أو على وشك السقوط أثناء اللعب.
٢- إن حركاته تعوزها الرشاقة والتآزر، إنه مختلف عن الآخرين.
٣- لقد استغرق وقتًا طويلاً حتى يتمكن من ضرب الكرة بالمضرب.

حادي عشر: مشكلات الذاكرة

يعاني هذا الطفل من صعوبات في أداء الأعمال والواجبات التي تحتاج إلى الاعتماد على التذكر بشكل كبير، فهو ينسى الإجابة المطلوبة عن السؤال عندما يأتي دوره للإجابة وينسى إحضار الكتب والأدوات المدرسية التي أخذها معه إلى البيت، ويعاني من صعوبة في استدعاء وتذكر المعلومات التي قرأها أو تعلمها للإجابة عن الاختبار، وترجع مشكلات الذاكرة هذه إلى الحالة الحركية والذهنية (الحركة المفرطة عدم الانتباه أحلام اليقظة) التي كان عليها أثناء تلقيه للمعلومات.

ملاحظات المدرس:

١- على الرغم من أنني أقوم بتحديد الواجب المطلوب منه، فإنه يقوم بعمل موضوع آخر.
٢- علي أن أكتب ما أريد منه عمله على ورقة وأرسلها إلى ولي أمره حتى يذكره بما يجب عليه أن يفعله.
٣- يبدو عليه أنه فقد المعلومات بسرعة.

ملاحظات ولي الأمر:

١- لقد فقد في الأسبوع الماضي كرة ومعطف لأنه لا يتذكر أين وضعها .
٢- أنه كالساحر الذي يبرع في إخفاء الأشياء ولكن يختلف عنه في أنه لا يستطيع إعادتها ، فهو لا يذكر أين وضعها .
٣- يقوم بعمل واجبه المدرسي ولكن لا يأخذه معه إلى المدرسة لأنه لا يتذكر أين وضعه .

ثاني عشر : الإصرار والإلحاح :

من الخصائص التي يتميز بها الكثير من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة الإلحاح في الطلب والإصرار على الرأي، فإذا خطرت في ذهن هذا الطفل خاطره ما أو فكرة معيّنة وبغض النظر عن سلبياتها فإنه يضعها في ذهنه ولا يتركها تخرج ويصرّ على تنفيذها بأي طريقة، فعلى سبيل المثال إذا أراد أن يستعير من زميله أحد اللُعب ورفض زميله ذلك فإنه يستمر في الإلحاح دون توقف في الطلب، وإذا استمر زميله على رفضه فإنه قد يلجأ إلى أساليب أخرى للحصول على هذه اللُعبة كالسرقة مثلاً .

ويعزى هذا السلوك إلى الجهل وعدم القدرة على فهم القيم والمعايير التي تحكم العلاقات بين الأفراد .

ملاحظات المدرس :

١- أنه يسأل ألف سؤال ولكن حول نفس الموضوع .
٢- عندما تطرأ له فكرة معينة فإنه يصر عليها وتصبح محور تفكيره بغض النظر عن جدواها .

ملاحظات ولي الأمر :

١- لا يشعر بالرضى بما حصل عليه من هدايا أو بنصيبه من الحلوى .

٢- لا يتوقف عن السؤال في نفس الموضوع .

٣- يلح في طلب الشيء على الرغم من رفضي لطلبه .

ثالث عشر: التضارب وعدم الترابط

قد يوصف الأداء العام للطفل في يوم معين سواء في المدرسة أم في البيت بأنه جيد أو على ما يرام، ولكن قد يوصف الأداء في اليوم التالي بعكس ذلك تمامًا. إن هذا التضارب في الأداء يؤدي إلى ارتباك وأخطاء في المعايير التي يضعها ولي الأمر أو المدرس للحكم على سلوك الطفل، فعندما يؤدي الطفل العمل المطلوب منه بنجاح أو يسلك السلوك الصحيح يصبح هذا هو الخط القاعدي أو المعيار الذي يقارن به أي أداء أو سلوك مشابه في مواقف لاحقة، فكثيرًا ما يصر المدرس أو ولي الأمر على أن يؤدي الطفل عملاً معينًا أو يسلك سلوكًا بطريقة سليمة بحجة أنه قد نجح بالأمس في أداء هذا العمل أو هذا السلوك بشكل جيد، وقد يغضب المدرس أو ولي الأمر من الطفل إذا لم ينجح هذه المرة في الأداء ولهذا فقد يتساءل ولي الأمر عما إذا كان هذا الطفل يعاني من انفصام في الشخصية غيرَ مدرك أن التضارب وعدم الترابط في الأداء هو إحدى خصائص الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة.

ملاحظات المدرس:

١- يؤدي العمل المطلوب منه في يوم معين ولا يؤديه في اليوم التالي.

٢- لا أعرف ما أتوقع أن يقوم به اليوم ولا ماذا سوف يكون عليه حاله في الغد.

٣- أحيانًا أشعر بأنه نسي أن يتناول دواءه.

ملاحظات ولي الأمر:

١- من الصعب التكهن بما سوف يفعله.

مدى انتشار اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

يعتبر قصور الانتباه والحركة المفرطة من أكثر أنواع الاضطرابات التي يتردد أصحابها، سواء من الأطفال أو المراهقين، على عيادات الطب النفسي، حيث تقدَّر نسبتهم بحوالي ٥٠٪ من جملة المترددين على هذه العيادات (كانتول ١٩٩٦ Cantwell). تبدأ هذه الاضطرابات في مرحلة الطفولة المبكرة وتستمر مع الطفل حتى في خلال مرحلة الرشد، مع تغير في المظاهر والخصائص خلال مراحل النمو المختلفة. إن عدم علاج هذه المشكلة قد يؤدي إلى العديد من المشكلات النفسية التي تؤثر على مجرى حياة الفرد.

تقدر نسبة المصابين بقصور الانتباه والحركة المفرطة فيما بين ٣٪ إلى ٥٪ من جملة أطفال المدارس وذلك حسب تقدير الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة ١٩٨٧، وهذه النسبة لا تتضمن أطفال رياض الأطفال ولا المراهقين والبالغين. ووصل تقدير أحد البحوث العلمية لهذه النسبة إلى حوالي ٢٠٪ من مجموع أطفال المدارس الأمريكية (فليك ١٩٩٨ Flick). قام ولرش وآخرون Wolraich et al. بدراسة للتعرف على النسبة المئوية للأطفال الذين يعانون

من قصور في الانتباه فقط والنسبة المئوية للأطفال الذين يعانون من الحركة المفرطة فقط، والنسبة المئوية للذين يعانون من قصور الانتباه والحركة المفرطة معًا في المدارس بولاية تينسي Tennessee الأمريكية فوجدت على التوالي: ٤,٧٪ قصور انتباه، ٣,٤٪ حركة مفرطة، و٤,٤٪ قصور انتباه مصحوب بحركة مفرطة. ولقد سبق أن أجرى بومجرتيل وآخرون Beumgratel et al. في عام ١٩٩٥ نفس الدراسة في ألمانيا وحصلوا على النتائج التالية: ٩٪ قصور انتباه، ٣,٩٪ حركة مفرطة، ٤,٨٪ قصور انتباه مصحوب بحركة مفرطة. وقد استخدمت كلتا الدراستين المعايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي والتي جاءت في دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية الذي صدر في عام ١٩٩٤. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV, American Psychiatric Association.

لقد وجد كامبل ١٩٩٠ Campbell أن نسبة الذين يعانون من هذه الاضطرابات تتراوح ما بين ١٤-٢٠٪ من الأطفال الذكور في رياض الأطفال مقارنةً بما يتراوح بين ٥-٧٪ من الأطفال الإناث في مرحلة رياض الأطفال، في حين أشار كانتول ١٩٩٥ Cantwell إلى أن هناك أنثى واحدة مقابل تسعة ذكور يترددون على العيادات النفسية لعلاج قصور الانتباه والحركة المفرطة في حين أن الإحصائية العامة لأطفال المدارس هي أنثى واحدة لكل أربعة ذكور يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة في المدارس الأمريكية العامة. وقد عزا كانتول هذا الاختلاف في النسبة بين الذكور والإناث إلى أن المشكلة الأساسية عند الإناث هي عدم الانتباه والمشكلات المعرفية في حين أن مشكلات العدوانية والاندفاع تعتبر أقل عند الإناث مما يقلل نسبة وعدد زياراتهن

للعيادات النفسية. يرجع اختلاف التقديرات في تحديد النسبة المئوية للأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه وحركة مفرطة إلى عوامل متعددة منها:

١- اختلاف معايير ومحكات التشخيص التي يستخدمها الباحثون للتعرف على هؤلاء الأطفال.

٢- اختلاف أساليب القياس وطرق التقييم.

٣- اختلاف العوامل والمعايير الثقافية في البيئة الاجتماعية.

٤- اختلاف الأعمار.

٥- اختلاف الجنس (ذكور وإناث).

من الثابت أن خصائص الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة تتغير بتطور مراحل العمر (من الطفولة المبكرة إلى مرحلة الرشد)، كذلك فإن درجة التغير تختلف باختلاف الجنس، فمن الملاحظ والثابت أيضًا أن درجة حدة خصائص قصور الانتباه والحركة المفرطة تكون أقل عند الإناث. ولهذا فإن حالات كثيرة لقصور الانتباه والحركة المفرطة عند الإناث لا يتم حصرها وذلك لصعوبة ملاحظة السلوك الدال عليها ومن ثم الاستدلال على خصائصها. وتشير التقارير أيضًا إلى أن الأطفال الذين يحدثون شغبًا ومشكلات في الفصل معظمهم من الذكور وهم غالبًا ما يحوَّلون إلى الإخصائي النفسي لتشخيصهم والنظر في حالتهم.

لقد أشار باركلي Barkley ١٩٩٥ إلى أن معظم الخصائص السلوكية المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة تظهر في المدرسة بشكل أكبر من ظهورها في البيت أو في الشارع، وأضاف إلى أن حوالي ٣٠٪ من الذين يعانون

من قصور في الانتباه وحركة مفرطة قد اشتركوا في حوادث سرقة، وأن ٢٠٪ منهم قد اشتركوا في إشعال حرائق، وأن ٤٠٪ منهم قد تعاطوا كحولا أو دخنوا سجائر في سن مبكرة، وأن ٢٥٪ منهم قد تعرضوا للفصل من المدرسة في المرحلة الثانوية نتيجة لسوء سلوكهم، كما أن معدل حوادث السيارات عند المراهقين ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة يقدر بحوالي أربعة أمثال معدلها عند المراهقين العاديين، وأن المخالفات المرورية المرتبطة بالسرعة العالية تعادل ثلاثة أمثال نسبتها عند المراهقين العاديين.

الأسباب البيولوجية لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

خلال الخمس والعشرين سنة الأخيرة، أجريت العديد من البحوث في النواحي الوراثية والعصبية والنفسية للتعرف على مسببات قصور الانتباه والحركة المفرطة، ولقد أشارت معظم هذه البحوث والدراسات إلى وجود دلائل وراثية ودلائل مرتبطة بالجهاز العصبي ودلائل عصبية نفسية ودلائل عصبية كيميائية.

أولا: أسباب وراثية

أشارت الدراسات التي بحثت في العلاقة بين العوامل الوراثية وقصور الانتباه والحركة المفرطة إلى أن ما بين حوالي ٥٥٪ إلى ٩٢٪ من أعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة مرتبط بعوامل وراثية (جودمان وستيفنسون Goodman and Stevenson ١٩٨٩). كما أشارت الدراسة التي أجراها بدرمان وآخرون Biederman et al. ١٩٨٩ إلى تفشي أعراض قصور الانتباه

والحركة المفرطة بين أفراد العائلات التي أجريت عليها الدراسة. وقد دعم باركلي ١٩٩٠ Barkley هذه النتائج وأضاف أن هذا التفشي إنما هو ناتج عن عوامل وراثية وليس بفعل العوامل البيئية. وفي دراسة سابقة أشار كانتول ١٩٧٢ Cantwell إلى أهمية تأثير الوراثة عندما وجد ان ٣٥٪ من آباء وأمهات الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة الذين أجريت عليهم الدراسة يتعاطون المشروبات الكحولية وأنهم مصابون بالهستيريا وبالسلوك المعادي للمجتمع. وأضاف أن أعمام وأخوال هؤلاء الأطفال لديهم بعض المظاهر السلوكية المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة. وفي الدراسة التي أجراها كل من مورسن وستيوارت ١٩٧٤ Morrison and Stewart وجد أن ٢٠٪ من الأطفال ذوي الحركة المفرطة التي أجريت عليهم الدراسة كان آباؤهم وأمهاتهم يعانون من الحركة المفرطة أثناء مرحلة طفولتهم، وأن ثلث هؤلاء الآباء والأمهات يعانون من مشكلات نفسية وسلوك معادٍ للمجتمع بالإضافة إلى إدمانهم للمشروبات الكحولية. وفي دراسة أجراها ويلنر وآخرون ١٩٧٧ Welner et al. على مجموعة من الإخوة والأخوات، وجدوا أن سلوك الحركة المفرطة يعتبر أكثر انتشارا بين إخوة وأخوات الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة، وأنه أقل انتشارا بين إخوة وأخوات المجموعة الضابطة أي الأطفال الذين لا يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة. كذلك فقد وجد فارون وآخرون ١٩٩١ Faroone et al. ارتباطًا قويًا بين السلوك المعادي للمجتمع لدى الأطفال وبين انتشار هذا السلوك بين أقاربهم من الدرجة الأولى. وفي دراسة مقارنة أجراها بدرمان وآخرون Biderman et al. ١٩٩٢ على مجموعة من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة وأقاربهم من الدرجة الأولى، وجدوا علاقة قوية بين معاناة هؤلاء الأقارب من الاكتئاب

وسلوك العداء للمجتمع واضطرابات القلق، وبين قصور الانتباه والحركة المفرطة عند الأطفال. أما رايزن ١٩٧٦ Raizen فقد وجد أن ١٦٪ مـن الآبـاء المدمنـين للكحول و١٢٪ من الآباء المبذرين الذين يبعثرون ثرواتهم و١٤٪ من الآباء الذين يعانون من الاكتئاب و٢١٪ من الآباء الذين يعانون من صعوبات في التعلم لديهم أطفال يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة.

يتضح مما سبق عرضه من نتائج البحوث والدراســات أن أعـراض قصـور الانتباه والحركة المفرطة ليست راجعة لعامل وراثي واحد بل لوجود أكـثر مـن عامل، كما أن هذه العوامل تتفاعل وتتأثر بالعوامل البيئية.

في عـام ١٩٩١ قـام جولثيريـه Goultheria بتقديـم نوعـين مـن قصـور الانتباه والحركة المفرطة، أحدهما مرتبط بالعوامل الوراثية التي سـبق الحديـث عنها، والثاني مرتبط بالتلف الدماغي، ويشتمل النوع الأول على الأطفال الذين يعانون مـن قصـور في الانتبـاه وحركـة مفرطـة نتيجـة لتداخـل عوامـل وراثيـة متعددة ، وتتأثر درجـة القصـور بعـدد العوامـل الوراثيـة المشـتركة في إحـداث مظاهر قصور الانتباه والحركة المفرطة.

أما النوع الثاني من قصور الانتباه والحركة المفرطـة فـهو المرتبـط بـالتلف الدماغي الناتج عن الإصابات أو الأورام التي تصيب دماغ الطفل قبـل أو أثنـاء أو بعد الولادة، ولكن من الجدير بالذكر أن نسـبة الأطفـال الذيـن يعـانون مـن قصور في الانتباه وحركة مفرطة نتيجة للتلف الدماغي تعتبر قليلة إذا ما قيست بالعدد الناتج عن العوامل الوراثية.

ولقد أشار كل من أرنولد وجنسن ١٩٩٥ Arnold and Jensen إلى أن بعض حالات قصور الانتباه والحركة المفرطة ناتجة عن قصور في الجينات فيما يعرف باسم عـرض ضعـف كرومـوزوم X (Fragile X Syndrome) وكذلـك إدمان الأم للمشروبات الكحولية أثناء فترة الحمل، وانخفاض وزن الطفـل عنـد الولادة، وقصور الغدة الدرقيـة، ولكـن عـدد حـالات قصـور الانتباه والحركـة المفرطة الناتجة عن هذه العوامل يُعتـبر بسـيطا إذا مـا قـورن بـالمجموع الكلـي لحالات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

ثانيا: أسباب مرتبطة بالجهاز العصبي

لقـد أشـار ميرسـكي ١٩٨٧ Mirsky إلى أن للانتبـاه جوانـب متعـددة تشتمل على التركيز والمثابرة والاستمرارية، والتحول والإنجاز، وأضاف أن كل جانب من هذه الجوانب يقع في قطاعات مختلفة من الدماغ ولكنها متداخلـة، وأن القصور في أي جانب من هذه الجوانب يرجـع أساسًا إلى مكـان التلـف أو الإصابة في الدماغ. ولقد دعّـم فليـك ١٩٩٨ Flick هـذا الاسـتنتاج عندمـا طبـق نموذج عمليات الانتباه الذي وضعه كل من سولبرج وماتـير Sohlberge and Mateer ١٩٨٩ ووجد أن الطفل قد يعاني من واحدة أو أكثر من الصعوبـات في التركيز والاحتفاظ، التبديل، الانتقال، التحول أو توجيـه الانتبـاه إلى أكـثر من موضوع في وقت واحد وأضاف أن هناك علاقـات عصبيـة معقـدة خاصـة بكلٍ من هذه الجوانب أو الصعوبات، مرتبطـة بدورهـا بقطاعـات مختلفـة مـن المخ.

لقد ساعدت التقنية الحديثة المختصين على البحث في قطاعات متعددة من المخ، فقد أجريت إحدى هذه الدراسات على مجموعة من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، وقد استخدم في هذه الدراسة جهاز المسح الذي يقوم بفحص قطاعات المخ CT Scans، وأكدت هذه الدراسة على وجود نشاط Striatal منخفض في الفص الأيمن من المخ وفي الجانب الأيمن من مقدمة الجبهة Orbital Prefrontal Regions مقارنة بالجانب الأيسر. كما أشارت هذه الدراسة إلى أن قطاعات المخ التي تحتوي على Striatum تُعتبر مهمة في عملية الانتباه والسلوكيات المرتبطة به (فليك ١٩٩٨ Flick).

وفي دراسة استخدمت فيها أشعة التأيين Ionizing Radiation على مجموعة من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، وُجد انخفاض ملحوظ في تدفق الدم في القطاعات الأمامية Striatum Prefrontal للمخ.

قام زاميتكن ١٩٩٠ Zametkin بدراسة عملية التمثيل الغذائي للسكر عند ٢٥ أبًا وأمًا لأطفال ذوي نشاط حركي مفرط لم يسبق لهم تعاطي أدوية لعلاج هذه الحالة، وقد قام أولاً بتسوية معدل السكر عند جميع أفراد العينة (وذلك لتقليل الفروق الفردية في التمثيل الغذائي للسكر) فوجد انخفاضا ملحوظا في معدل السكر المهضوم في لحاء القشرة الأمامية للدماغ.

كذلك أشار كولبي ١٩٩١ Colby إلى أن أي تلف في الجهاز الذي يتحكم بالحركات الإرادية واللاإرادية للعين يؤدي إلى أعراض غير عادية في حركة العين كالحركات العصبية اللاإرادية للعين، التي يمكن ملاحظتها عند ذوي قصور الانتباه.

في تقرير نشره رابابورت ١٩٩٦ Rapaport عن الدراسات التي أجريت على المخ في المعهد الوطني للصحة العقلية في الولايات المتحدة الأمريكية، أشار إلى صغر حجم القطاع الأمامي الأيمن من الدماغ وعدم تناسق في نشاط الكتلة العصبية عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة مقارنة بالأطفال العاديين، حيث أشار إلى أن الجزء الأيمن عند الأطفال العاديين يبدو أكبر من الجزء الأيسر وأن هذا التناسق لا يظهر عند الأطفال مفرطي الحركة، وأضاف أن نسبة السائل الدماغي عند الأطفال مفرطي الحركة أقل من نسبته عند الأطفال العاديين.

أيدت الاختبارات التي أجراها شيلين وآخرون ١٩٨٦ Chelune et al. على عينة من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة باستخدام اختبار ويسكانسون لتصنيف البطاقات Wisconsin Card Sorting Test أيدت القصور الوظيفي للقطاع الأمامي للمخ عند أفراد العينة وذلك باستخدام بطاريات الاختبار التي تكشف عن الأداء الوظيفي للقطاع الأمامي للمخ، وكذلك المقاييس المختلفة التي تقيس الذكاء ومهارات القراءة والذاكرة اللفظية، بالإضافة إلى تقييم عملية الانتباه وعناصر الاندفاع، وقد أكدت النتائج التي تم الحصول عليها أن القصور الوظيفي في أداء القطاع الأمامي للمخ يؤدي إلى قصور معرفي تمامًا كما هو موجود عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة.

ثالثا: أسباب كيميائية

لقد افترض شايوتز وآخرون ١٩٧٧ Shaywitz et al. أن الدوبامين Dopamine هو المسؤول عن قصور الانتباه والحركة المفرطة، ولقد أيدت

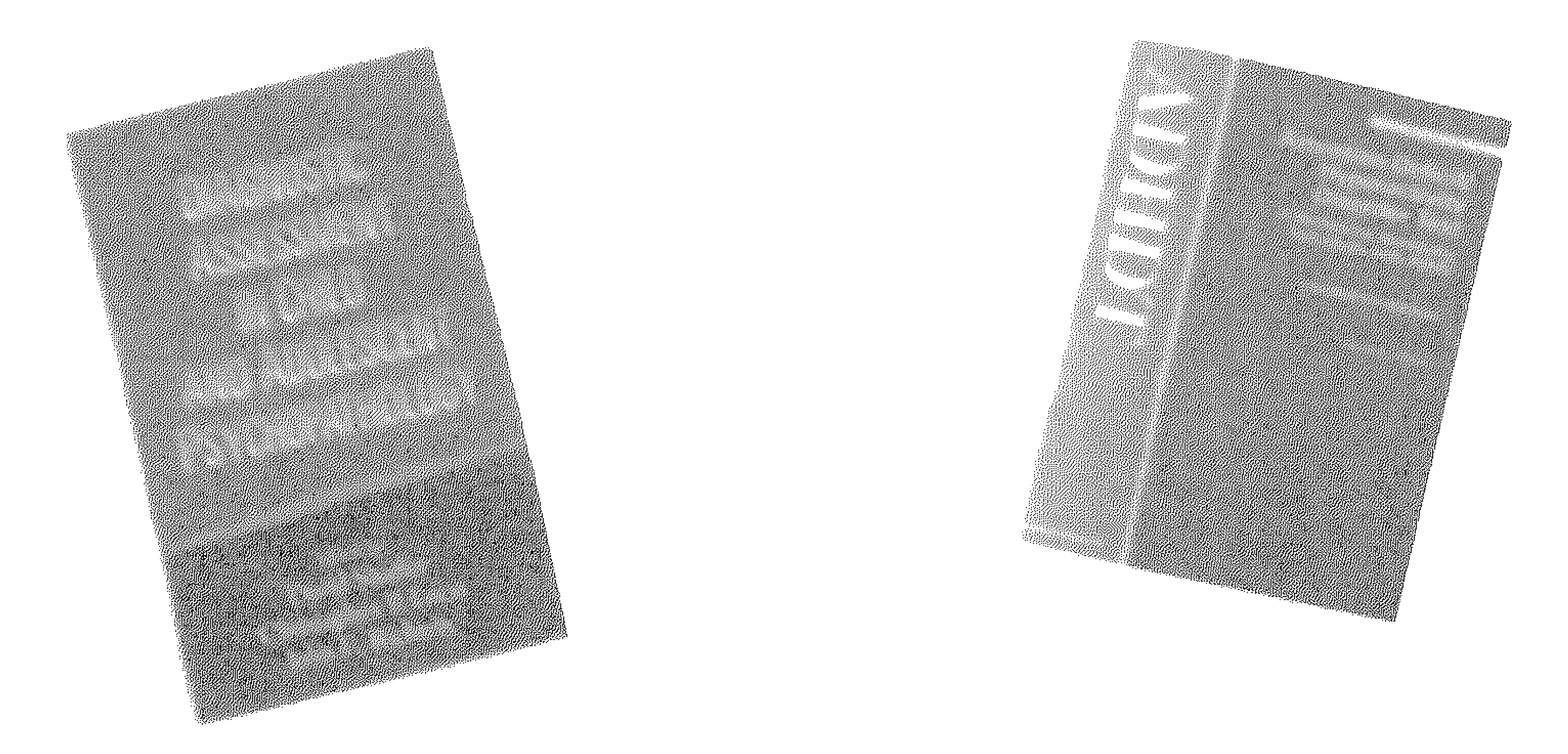
الدراسات الحديثة هذا الافتراض، فقد أشار ماك كراكـين ١٩٩١ McCraken إلى أن الأدوية المنشطة للانتباه تساعد على زيادة إفراد الدوبـامين Dopamine مما يؤدي إلى زيادة هرمون الأدرينالين الذي تفرزه الغدة الكظرية والـذي يعمـل على كبح جماح السلوك. إن هذا التفسير يـؤدي إلى الإقـرار باشـتراك كـل مـن الدوبامين والأدرينالين في التأثير على الانتباه والحركة المفرطـة. كمـا أن هنـاك بعض الإفرازات والهرمونات الأخرى قد يكون لها تأثير على الانتباه والحركـة المفرطة ولكنها لازالت محل البحث والدراسة.

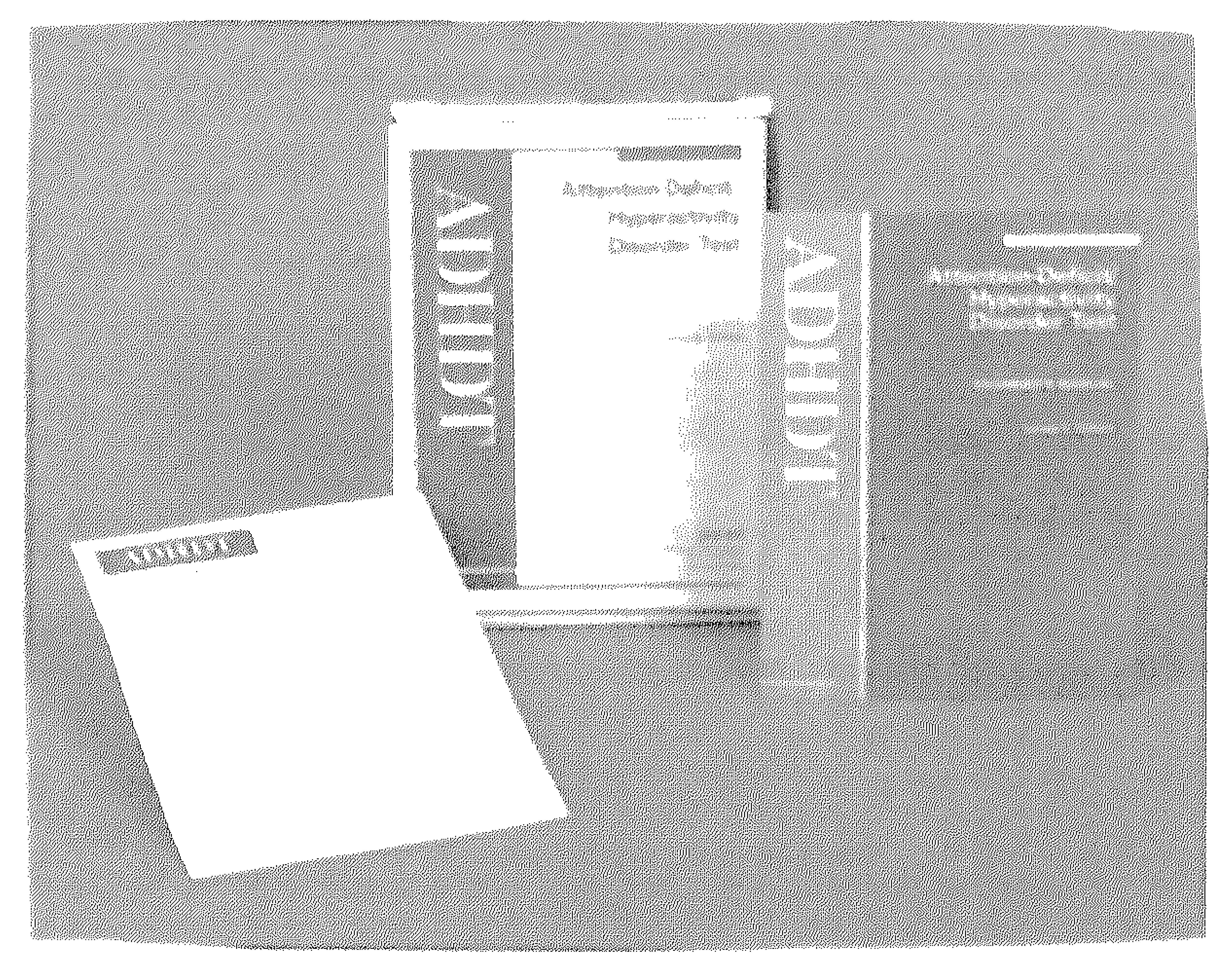
الفصل الثانى

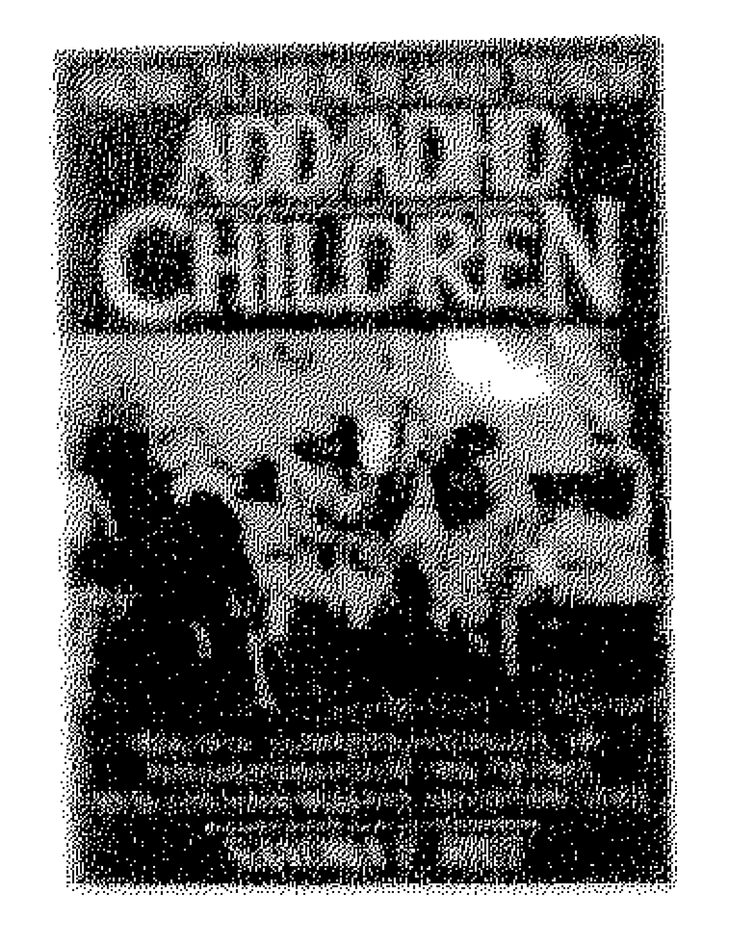
****

معايير تشخيص قصور الانتباه والحركة المفرطة

* الأبعاد الرئيسية لمعايير التشخيص.
* معايير تشخيص قصور الانتباه.
* معايير تشخيص الحركة المفرطة.
* معايير تشخيص الاندفاع.
* المظاهر السلوكية المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة.
* المظاهر الجسمية المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة.
* التداخل بين المظاهر السلوكية لكل من قصور الانتباه والقلق والاكتئاب واضطرابات التصرف.
* بعض الحالات الطبية التى لها أعراض شبيهة بأعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة.
* بعض الاضطرابات النفسية التى لها أعراض شبيهة بأعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة.
* مظاهر تطور اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة من الطفولة إلى البلوغ.


ADHDT


ADHDT
Attention-Deficit
Hyperactivity
Disorder Test
ADHDT
Attention-Deficit
Hyperactivity
Disorder Test
ADHDT


ADD/ADHD
CHILDREN

الفصل الثاني

معايير تشخيص قصور الانتباه والحركة المفرطة:

وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي المعايير الأساسية التي يتم على أساسها تشخيص حالات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وقد نشرت هذه المعايير في "دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية" الطبعة الرابعة، ولقد اختلفت صياغة هذه المعايير في الطبعة الرابعة عن الطبعات السابقة لأنها أكثر تحديدا للعناصر المكونة لهذه المعايير، وتجدر الإشارة إلى أن هذه المعايير لا تعتبر نهائية، فقد شكلت الجمعية الأمريكية للطب النفسي لجنة خاصة من المختصين في هذا المجال مهمتها متابعة التطورات والأبحاث العلمية في هذا المجال وإجراء التعديلات باستمرار على هذه المعايير بما يتوافق مع نتائج البحوث والدراسات، ولهذا فمن المنتظر ان تحدث تعديلات في هذه المعايير في الطبعة القادمة من "دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية".

الأبعاد الرئيسية لمعايير التشخيص:

حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي ثلاثة أبعاد رئيسية للاضطرابات وهي عدم الانتباه والاندفاع والحركة المفرطة. ولقد سبق للجمعية وأن قامت بدمج هذه الأبعاد الثلاثة في بعدين رئيسيين هما عدم الانتباه كبعد أول والحركة المفرطة التي يصاحبها الاندفاع كبعد ثان، لأنه وجد أن السلوك الاندفاعي يصاحب الحركة المفرطة في جميع الحالات التي تم تشخيصها. وقد حددت الجمعية خمسة معايير رئيسية يمكن من خلالها المساعدة في تشخيص

هذه الأبعاد والاستدلال على وجودها، وهذه المعايير هي:

١- أن يتوافر لدى الطفل إما خصائص قصور الانتباه بشكل منفرد، أو الحركة المفرطة المصحوبة بالاندفاع بشكل منفرد، أو تجتمع لدى الطفل الخصائص المميزة لكل من قصور الانتباه والحركة المفرطة معًا.

٢- يجب ظهور أعراض هذه الاضطرابات في مرحلة مبكرة من العمر أي قبل السنة السابعة من العمر.

٣- يجب ظهور هذه الأعراض في أكثر من بيئة أو مكان، فلا يكفي ظهورها في البيت فقط أو المدرسة فقط بل يجب أن تظهر في مكانين أو أكثر من الأماكن التالية: البيت، المدرسة، المجتمع، ومكان العمل أيضًا بالنسبة للراشدين.

٤- يجب أن تكون هناك دلائل على وجود قصور واضح في أداء الفرد، أي يجب أن يكون هناك قصور في الأداء في واحدة أو أكثر من المهارات التالية:

- المهارات الأكاديمية. - المهارات الاجتماعية.
- المهارات العملية - المهارات الرياضية.

٥- أن يكون باستطاعة المعالج أن يفصل بين هذه الأعراض المرتبطة باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، والأعراض الناتجة عن الاضطرابات النمائية أو الاضطرابات النفسية، التي قد تشترك في نفس الخصائص أو المظاهر السلوكية مثل انفصام الشخصية والقلق

واضطرابات المزاج ،

وفيما يلي عرض للمعايير الخاصة بكل بُعد من الأبعاد الثلاثة :

أولا: معايير تشخيص قصور الانتباه:

١- عدم الإلمام بالتفاصيل وكثرة الأخطاء الناتجة عن اللامبالاة وعدم الاهتمام، وهذا راجع في كثير من الأحيان إلى الرغبة في الانتهاء من العمل بأسرع وقت ممكن.

٢- قصر مدة الانتباه، وهذا راجع إلى كثرة التشتت والانشغال بأشياء خارجة عن موضوع الانتباه، لهذا فالطفل لا يتمكن من إنجاز الواجب المطلوب منه أو حتى اللعبة أو النشاط الرياضي الذي يمارسه، فهو ينتقل من عمل إلى عمل أو من نشاط إلى نشاط آخر دون تكملة أو إنجاز النشاط السابق.

٣- عدم الاستماع لجميع التعليمات المطلوب اتباعها لأداء الواجب، وهذا ناتج عن تشتت الانتباه أثناء الاستماع للتعليمات، ولهذا فقد يصله جزء بسيط من هذه التعليمات لا يكفي اتباعه لأداء الواجب المطلوب.

٤- قد يتمكن أحيانًا من الاستماع لكامل التعليمات وفهمها إلا أنه على الرغم من ذلك يجد صعوبة في أداء الواجب أو الانتهاء منه.

٥- صعوبة التخطيط والتنظيم في أداء الواجب وفي اتباع الخطوات اللازمة للأداء.

٦- مشكلات أساسية في الواجبات والأعمال التي تتطلب بذل جهد متواصل ومستمر خاصة الواجبات المدرسية.

٧- تعمُّد إضاعة أو إخفاء الأدوات اللازمة لأداء الواجب ليجد لنفسه عذرًا في عدم أداء العمل أو الواجب المكلف به.

٨- سهولة تشتت الانتباه بفعل المثيرات الجانبية البعيدة عن مركز الانتباه، فالمثيرات الجانبية لها نفس تأثير المثيرات المباشرة على تشتت الانتباه وعدم التركيز على موضوع الدرس (صوت المدرس كمثير مباشر، والصوت الصادر من الشارع كمثير جانبي غير مباشر).

٩- نسيان المواعيد أو الحضور متأخرًا في حالة تذكر الميعاد، وإذا حضر فإنه ينسى الأدوات أو المواد اللازمة لهذا الميعاد، فهو قد يسرع مثلاً للذهاب إلى مباراة كرة القدم ولكن قد ينسى ارتداء ملابس اللعب.

ثانيا: معايير تشخيص الحركة المفرطة:

أ- زيادة ملحوظة في معدل ودرجة النشاط الحركي عن المعدل والدرجة المتعارف عليها عند الأطفال العاديين في نفس العمر الزمني.

ب- عدم مناسبة أو ملاءمة السلوك الحركي لطبيعة الموقف (نشاط حركي في وقت يتطلب فيه الموقف الإنصات والانتباه التام، كمحاضرة أو الاستماع للتعليمات).

ت- عدم ملاءمة السلوك الحركي لطبيعة المكان (التنقل في أرجاء البيت عند القيام بزيارة لأحد الأصدقاء أو المعارف).

هذا وقد تم تحديد خصائص الحركة المفرطة بالمظاهر الآتية:

١- التململ والتلوي أثناء الجلوس.

٢- ترك المقعد.

٣- الجري والتسلق أو ارتقاء قطع الأثاث دونما سبب يدعو لذلك.

٤- صعوبة إنجاز الأنشطة والواجبات الـتي تحتـاج إلى هـدوء واسـتقرار في مكان محدد.

٥- يبدو الطفل وكأن بداخله محركا (موتورا) يحركه.

٦- الإفراط في الكلام.

ثالثا :معايير تشخيص الاندفاع

المقصود بالاندفاع القيام بفعـل مـا (لفظـي أو حركـي) دون تفكـير، وقـد يتمثل ذلك بالإجابة علـى سـؤال المـدرس قبـل الانتـهاء مـن سماعـه، أو عـدم الانتظار حتى يأذن له المدرس بالإجابة، أو عدم الانتظار في الطابور حتى يأتي دوره للعب أو لتسلم طعام الغداء، كما يتمثل الاندفاع أيضـا بمقاطعـة الآخريـن أثناء الحديث أو التدخل في اللعب أو العمل مع الآخرين دون السماح له بذلك. لهذا فإن السلوك الاندفاعي يخلق لصاحبـه مشـكلات ومتـاعب في المدرسـة وفي المجتمع وفي البيت وفي العمل.

إن الاندفاع هو تعبير واضح عن عدم قدرة الفرد على التحكم فيمـا يصـدر عنه مـن سـلوك سـواء أكـان لفظيـا أو حركيـا، ممـا يـؤدي بصاحبـه إلى النبـذ والرفض الاجتماعي نتيجة لتحاشي الآخرين التعامل مع صاحب هذا السلوك، كذلك يؤدي هذا السلوك الاندفاعي إلى الإضـرار الجسـدي بصاحبـه فـهو يقـدم على الأعمال الخطيرة باندفاع ودون تفكير بالعواقب.

المظاهر السلوكية المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة:

تشتمل المظاهر السلوكية المرتبطة باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة على الإحباط السريع، وعدم الصبر وتغير سريع في المزاج، والعناد، والإلحاح، والاضطرابات الانفعالية، وضعف مفهوم الذات والثقة بالنفس، والكسل، وعدم تحمل المسؤولية، ومقاومة التغيير حتى لو كان تغييرًا للأفضل. هذا وتختلف درجة شدة أو تواجد هذه المظاهر السلوكية لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة باختلاف السن والجنس والنمط الاجتماعي أو البيئي الذي يعيش فيه هذا الطفل.

المظاهر الجسمية المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة:

لا توجد مظاهر أو ملامح جسمية خاصة يمكن أن يستدل من خلالها على وجود قصور في الانتباه أو حركة مفرطة كتلك المظاهر الجسمية التي ترتبط بكسر اليد أو مرض اللوزتين، كذلك لا توجد علامات جسمية يمكن الكشف عنها أو التعرف عليها عن طريق أشعة إكس مثلاً.

على الرغم من الإقرار الصريح بعدم وجود مظاهر جسيمة رئيسية، فإنه أمكن حديثًا اكتشاف بعض المظاهر الجسمية الفرعية التي تم التعرف عليها عند عدد من الأطفال ذوي اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة (فليك ١٩٩٨ Flick)، والتي منها:

١- انحراف حجم العين عن الحجم الطبيعي، فهي قد تبدو أصغر أو تبدو أكبر من الحجم الطبيعي للأطفال في نفس العمر الزمني.

٢- تدلي الأذنين إلى أسفل قليلاً.

٣- ارتفاع طفيف في أعلى باطن الحنك (الفم).

٤- اتساع المسافة بين إصبع القدم الأول والإصبع الثاني.

٥- تجعد غير طبيعي في راحة اليد.

ومن الجدير بالذكر هنا أن هذه المظاهر الجسمية الجانبية لا تتوافر عند جميع الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه وحركة مفرطة، فالعديد منهم لا توجد عنده هذه المظاهر الجسمية، كذلك فإن هذه الملامح الجسمية قد تتواجد لدى كثير من الأطفال الذين لا يعانون من هذه الاضطرابات.

التداخل بين المظاهر السلوكية لكل من قصور الانتباه، القلق، الاكتئاب، واضطرابات التصرف:

توجد العديد من الاضطرابات والأمراض النفسية والجسمية والعصبية التي تنتج عنها مظاهر سلوكية شبيهة بتلك التي تنتج عن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وهذا يعتبر من الحقائق الهامة التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تشخيص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وقد يجعل مهمة المعالج صعبة وشاقة لأن عليه أن يقرر في النهاية ما إذا كانت هذه المظاهر السلوكية ناتجة عن وجود اضطرابات في الانتباه والحركة المفرطة بشكل رئيسي أم أنها ناتجة عن اضطرابات أو أمراض نفسية أو جسمية أو عصبية.

فيما يلي قائمة ببعض المظاهر السلوكية التي تتواجد بشكل كلي أو جزئي في الاضطرابات الأربعة: قصور الانتباه، القلق، الاكتئاب، واضطرابات التصرف (**شكل ١**):

السلوك	قصور في الانتباه	القلق	الاكتئاب	اضطرابات التصرف
ضعف التركيز	×	×	×	×
التململ والضجر	×	×	؟	×
عدم الانتهاء من العمل	×	–	×	×
أحلام اليقظة	×	×	×	×
الاندفاع	×	–	–	×
اضطرابات النوم	×	×	×	×
العدوانية	؟	–	؟	×
اضطرابات المزاج	×	×	×	×
ضعف مفهوم الذات	×	–	×	–
الانطواء أو الانسحاب	؟	–	×	–
الشعور بالندم لارتكاب المخالفات	–	×	×	–
مشكلات في الذاكرة	×	×	×	–
السرقة والكذب	–	–	–	×
قصور في المهارات الاجتماعية	×	–	–	×
الخوف	؟	؟	×	–
البكاء	؟	؟	×	–
سلوك المجازفة لجذب الانتباه	×	–	؟	×
صعوبة التركيز في العمل	×	؟	؟	؟

شكل (١)

التداخل بين المظاهر السلوكية لكل من قصور الانتباه والقلق والاكتئاب واضطرابات التصرف

مفتاح الإشارات:

(×) إشارة إلى تواجد السلوك.

(؟) إشارة إلى احتمال أو عدم احتمال تواجد السلوك.

(–) إشارة إلى عدم تواجد السلوك.

بعـض الحـالات الطبيـة الـتي لهـا أعـراض شـبيهة بـأعراض قصـور الانتبـاه والحركـة المفرطـة:

يوجـد عـدد كبـير مـن الحـالات الطبيـة الـتي تنتـج عنـها ردود فعـل أو أعـراض شـبيهة بتلـك الأعـراض الـتي تنتـج أمـا عـن اضطـراب الانتبـاه، أو الحركـة المفرطـة، أو اضطرابـات قصـور الانتبـاه المصحـوب بالحركـة المفرطة، وهـذه الحـالات هـي:

١- ردود الفعل الناتجة عن تعاطي بعض أنواع الأدوية.
Reactions Medication

٢- عرض تورتي (مرض الحركات العصبية اللاإرادية)
Syndrome

٣- التهاب الأذن Ear infection.

٤- الخِدار (النوم العميق لفترة قصيرة) Narcolepsy

٥- فقر الدم Anemia

٦- عرض ضعف كروموزم Fragile X Syndrome-X

٧- الاضطرابات الحركية (الرقاص) Movement Disorders

٨- اضطراب الغدة الدرقية Thyroid Disorder

٩- تقطع التنفس أثناء النوم Sleep Apnea

١٠- الدودة الدبوسية Pinworms

١١- أورام أو إصابات الدماغ Head Inury

١٢- الصرع Epilepsy

وفيما يلي عرْض لكل واحدة من هذه الحالات المرضية أو الطبية.

١- ردود الفعل الناتجة عن تعاطي بعض أنواع من الأدوية

قد ينتج عن الأمراض التي يصاب بها الفرد أو عن الأدوية التي تستخدم لعلاج تلك الأمراض قصور أو عجز في الانتباه (لأن هذا المرض أو الدواء المستخدم قد يؤدي إلى تغير في درجة اليقظة والانتباه عند الفرد المصاب) أو قد يؤدي إلى زيادة في النشاط الحركي عند الفرد المصاب. وقد تكون بعض الأدوية فعالة في علاج المشكلات الطبية أو الأمراض عند الأطفال الذين لا يعانون من اضطرابات في قصور الانتباه والحركة المفرطة، ولكن هذه الأدوية قد تزيد من حدة الأعراض السلوكية لقصور الانتباه والحركة المفرطة إذا ما تناولها طفل يعاني من قصور في الانتباه أو قصور في الانتباه مصحوب بحركة مفرطة، فمعظم الأدوية التي تستخدم لعلاج الاضطرابات العصبية مثل الكلونازيبام Clonazepam والفينتون Phenytoin والديلنتين Dilantin قد تؤدي إلى زيادة المشكلات السلوكية عند مرضى الصرع من الأطفال ذوي القصور في الانتباه، كذلك تؤدي إلى التأثير على الجهاز العصبي مما يؤدي إلى زيادة المشكلات السلوكية.

قد تسبب بعض الأدوية، التي يتناولها الطفل الذي لا يعاني من قصور في الانتباه، ظهور أعراض سلوكية مشابهة لتلك الناتجة عن قصور الانتباه كما في حالة استخدام عقار إيزونيزد Isoniazid الذي يعتبر واحدا من الأدوية المضادة لمرض السل الرئوي، حيث ينتج عن هذا الدواء اضطراب في عمل خلايا المخ مسببا سلوكا مشابها لسلوك الأطفال ذوي قصور الانتباه.

كذلك فإن الأدوية التي تستخدم لعلاج أمراض الحساسية والربو مثل ثيوفيلين Theophylline وأتاراكس Atarax تؤدي إلى زيادة مشكلات الانتباه والحركة المفرطة وبعض المشكلات الأخرى بغض النظر عن كون متعاطيها يعاني أو لا يعاني من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

ولقد أشار مركز التحكم بالأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن مادة الرصاص تعتبر العامل البيئي الأول الذي يؤثر على الصحة في الولايات المتحدة، على الرغم من أنه بالإمكان التقليل من التأثير السلبي لمادة الرصاص عن طريق تناول الأطعمة الغنية بالكالسيوم والحديد، التي تعمل على التقليل من امتصاص الجسم للرصاص وبالتالي منع أو الحد من اضطرابات الحركة المفرطة.

٢- عرض تورتي (مرض الحركات العصبية اللاإرادية)

Toure

يعرف عرض تورتي بأنه تقلص لاإرادي للعضلات خاصة عضلات الوجه، وعادة ما يظهر هذا المرض قبل أن يصل المريض إلى سن ١٨ سنة، ومن خصائصه حدوث حركات لاإرادية مفاجئة مصحوبة بأصوات تشبه الشخير أو الهمس أو السعال أو النباح أو الشهيق أو إطلاق اللعنات والألفاظ النابية. تقدر نسبة الذين يعانون من عرض تورتي بحوالي ٥٠٪ من الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه.

٣- التهاب الأذن

ثبت طبيا أن العديد من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة

يعانون من التهاب الأذن المصحوب بارتفاع في درجة حرارة الجسم، ومن الجدير بالذكر أنه إذا حدث هذا الالتهاب خلال السنتين الأوليين من عمر الطفل فقد يؤثر هذا على نمو المخ وعلى الجهاز العصبي وبالتالي تنتج عنه الأعراض السلوكية لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

٤- الخدار (النوم العميق القصير)

يعتبر النوم العميق لفترات قصيرة متكررة من الحالات المرضية المعروفة، التي غالبا ما تصاحبها سرعة في حركات العين ناتجة عن اضطراب أو قصور في القطاع المسؤول عن حركة العين في المخ، ويحدث هذا النوم العميق وحركات العين في أوقات متعددة خلال ساعات النهار. وتعتبر هذه الحالات المرضية شبيهة بتلك التي تحدث لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة إلا إن السبب الرئيسي في كل حالة يعتبر مختلفا عن الآخر، فالخدار ناتج عن قصور غير عادي في القطاع الأيمن من المخ يولد به الطفل، أما النوم أو النعاس المرتبط بقصور الانتباه والحركة المفرطة فهو ناتج عن عوامل أخرى غير تلك المرتبطة بمرض الخدار. ومن الجدير بالذكر هنا أن النوم المرضي في كلتا الحالتين يمكن علاجه عن طريق تناول الأدوية المنشطة.

٥- فقر الدم (أنيميا)

يتميز مرض فقر الدم بانخفاض عدد خلايا الدم الحمراء، وتشتمل الأنيميا على الأعراض التالية: الدوخة أو الدوار/ الخمول أو النعاس، والصداع. كذلك تؤدي الأنيميا إلى ظهور مشكلات في الجهاز العصبي اللاإرادي تبدو على شكل التيقظ والأرق واضطرابات في الشخصية ومشكلات في التصرف.

٦- عرض ضعف كروموزوم X

يعتبر الاضطراب الكروموزومي المرتبط بضعف في كروموزم X من أكثر العوامل التي تؤدي إلى التخلف العقلي عند الذكور من الأطفال، كذلك فإن هذا الاضطراب الكروموزومي يؤدي إلى مشكلات في التعليم والانتباه بالإضافة إلى بعض المظاهر الجسمية التي تتمثل في بروز في الأنف والفك وطول في الأذنين ونوبات من الصرع (هبرمان وآخرون ١٩٨٥ .Haperman et al).

٧- الاضطرابات الحركية (الرقاص)

يتميز الاضطراب العصبي الذي يعرف بالرقاص باختلاجات تشنجية في الوجه والأطراف، وتنتج هذه الاضطرابات عن الإصابة بالتهابات البكتيريا العقدية، وتصاحبها بعض الأعراض الشبيهة بأعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة مثل الاندفاع، والتهيج والسلوك الاستحواذي.

٨- اضطراب الغدة الدرقية

يؤدي الخلل في عمل الغدة الدرقية إلى زيادة نشاطها وبالتالي زيادة إفرازاتها مما يؤدي إلى زيادة معدل التمثيل أو الامتصاص الغذائي وإلى تغيرات كيميائية في الخلايا الحية، ويصاحب هذا الخلل ظهور بعض الأعراض الشبيهة بأعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة مثل الرجفة أو الرعشة وزيادة النشاط الحركي والتهيج، بالإضافة إلى ازدياد في نشاط الجهاز العصبي يظهر على شكل تصبب للعرق وزيادة في نبضات القلب.

٩- تقطع التنفس أثناء النوم

ينتج تقطع التنفس أثناء النوم عن واحد من العاملين الآتيين:

الأول: وينتج عن انسداد البلعوم، حيث تضعف جدران البلعوم وتنطبق بعضها على بعض بشكل متكرر أثناء النوم مما يؤدي إلى انسداد متقطع في منافذ الهواء إلى الرئتين.

أما العامل الثاني فيعرف إلى العامل المركزي ويتعلق بضعف أو فقدان متقطع لعملية الشهيق أثناء النوم. يؤدي تقطع التنفس أثناء النوم إلى نقص كمية الأكسجين في الدم مما يترتب عليه ظهور أعراض تتمثل في النعاس المفرط والرغبة في النوم أثناء النهار وقصور في الانتباه ومشكلات في التركيز والاستدعاء.

١٠- الدودة الدبوسية

هي عبارة عن ديدان خيطية صغيرة تتواجد في الأمعاء المستقيمة خاصة عند الأطفال وتتركز في الجزء السفلي من الأمعاء مما يتسبب في إحداث حكة في فتحة الشرج تؤدي إلى سلوك حركي يتمثل في التململ والحركة وعدم الاستقرار في المكان. لهذا فالطفل المصاب بهذه الدودة لا يستطيع التركيز أو الانتباه وينشغل عما هو مطلوب منه تأديته من واجب أو عمل سواء في البيت أو المدرسة.

١١- إصابات الدماغ

لقد عرفت المؤسسة الوطنية الأمريكية إصابات الدماغ على أنها أورام أو إصابات في الدماغ تؤدي إلى تلف في خلاياه، وهذا التلف لا يرجع إلى عوامل وراثية أو خلل أو نقص في النمو، ولكنه يرجع لعوامل خارجية مثل

الالتهابات أو الأمراض أو التسمم أو ارتطام الرأس بسطح صلب أو ارتفاع درجة حرارة الجسم وغيرها من العوامل التي تؤدي إلى تلف خلايا الدماغ.

أثبتت الدراسات التي أجريت على الأطفال والبالغين الذين تعرضوا لإصابات في الدماغ إلى معاناتهم من مشكلات الانتباه والحركة المفرطة وما يرتبط بها من مظاهر سلوكية، كذلك فإن الكثير منهم يعاني من قصور في الذكاء واضطراب في المهارات الحركية والبصرية واللغة والذاكرة.

١٢- الصرع

ترجع أسباب الصرع إلى عوامل مختلفة أهمها الإصابة بالحمى وارتفاع درجة حرارة الجسم، ونقص الفيتامينات، أو إصابات الدماغ، الالتهابات، واضطرابات التمثيل الغذائي (التغيرات الكيميائية في الخلايا الحية)، وقد يصاب بالصرع كل من تعرض للإصابة بواحد أو أكثر من تلك العوامل سواء أكان طفلا أم راشدا.

وعلى الرغم من استخدام الأدوية المضادة للتشنج لعلاج حالات الصرع،فإنها لم تلغ تماما احتمالات حدوث نوبات الصرع، بل إن هذه الأدوية تعمل فقط على الحد من عدد مرات حدوث النوبات والتخفيف من المظاهر المصاحبة لها.

ويظهر الصرع على أشكال مختلفة لكل منها خصائصه ومميزاته، وأهم هذه الأشكال:

أ- الصرع التقليدي Classic Seizure

ويظهر على شكل تشنجات عضلية في معظم أجزاء الجسم مصحوبة بأصوات

مبهمة.

ب- نوبة الصرع الصغرى **PetitMal Seizure**

تظهر على شكل اضطراب في النشاط الحركي يصاحب بتذبذب في مقلة العين أو تقلص بسيط في العضلات يصاحب بحركة الرأس إلى الخلف بشكل متكرر، وفقدان للوعي لفترة قصيرة من الوقت.

جـ- صرع الارتعاش العضلي **Myoclonic Seizure**

يظهر على شكل فقدان للتوازن العضلي مع ارتعاش في اليدين وعضلات الوجه.

د- صرع الذهول **Absence Seizure**

ويتمثل في الفقدان المفاجئ للوعي.

هـ- الصرع الجزئي **Partial Seizure**

يظهر في جانب واحد من الجسم مع احتمال انتقاله إلى الجانب الآخر، ومن مظاهره التصلب والارتعاش في الحركة.

و- نوبات الصرع النفس حركية **Psychomotor Seizures**

وتظهر على شكل تغير في المزاج، وهلوسة، أو هذيان، وفقدان للوعي في بعض الأحيان أو ارتباك.

ولقد أشار والت وفورسي ١٩٧٨ Walt and Forsythe إلى أن حوالي ربع الأطفال الذين يعانون من الصرع يعانون أيضا من أعراض كتلك الموجودة لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة.

مما سبق يتضح أن جميع أشكال الصرع تشتمل على اضطرابات حركية

وحسية، قد تختلف في شدتها ونوعها إلا أنها تؤثر تأثيرا مباشرة على درجة الانتباه والتركيز عند الفرد المصاب بالصرع.

بعض الاضطرابات النفسية التي لها أعراض شبيهة بأعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة:

كما في الحالات الطبية التي لبعضها أعراض شبيهة بالأعراض الخاصة باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فإن بعض الاضطرابات النفسية لها أعراض مشابهة بأعراض اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة. ولقد تم حصر سبعة أنواع من هذه الاضطرابات النفسية هي:

١- اضطرابات التكيف أو التوافق Adjustment Disorders
٢- اضطرابات القلق Anxiety Disorders
٣- الاكتئاب Depression
٤- التخلف العقلي Mental Retardation
٥- صعوبات التعلم Learning Disorders
٦- اضطرابات التصرف Conduct Disorders
٧- الاستحواذ Obsessive Compulsive Disorders

وفيما يلي عرض لكل نوع من هذه الاضطرابات النفسية ومدى ارتباطه بكل من اضطرابات الانتباه والحركة المفرطة أو كليهما معا:

١- اضطرابات التكيف أو التوافق Adjustment Disorders

تنتج اضطرابات التوافق عن الضغوط النفسية والاجتماعية التي يتعرض لها الشخص وعن الإجهاد الذي يتعرض له سواء في المدرسة أو العمل، وتشتمل اضطرابات التوافق على أعراض سلوكية وانفعالية شبيهة بتلك الأعراض المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة، والتي تتمثل في الضغط النفسي.

٢- القلق Anxiety

يتمثل القلق في الانزعاج المفرط لتوقع حدوث موقف أو حدث غير سار، ويؤدي القلق إلى التوتر والتهيج الشديد مما يؤثر سلبا على قدرة الفرد على الانتباه والتركيز، إضافة إلى إمكانية الخطأ في إصدار الأحكام أو الاستجابة لبعض المواقف والانغماس في أحلام اليقظة.

من السهل الفصل بين المظاهر أو الأعراض السلوكية الانفعالية الناتجة عن القلق وتلك المرتبطة بقصور الانتباه والحركة المفرطة، وذلك عن طريق التعرف على مصادر القلق أو الخوف عند الطفل وتحليلها.

٣- الاكتئاب Depression

تتداخل بعض أعراض الاكتئاب مع أعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة خاصة في مرحلة المراهقة والبلوغ، ويتمثل هذا التداخل في مشكلات النوم والتوتر والتهيج.

٤- التخلف العقلي Mental Retardation

يعرف التخلف العقلي على أنه انخفاض في نسبة الذكاء عن المتوسط وهو أقل من ٧٠ درجة بالإضافة إلى قصور في السلوك التكيفي. ويشترط أن يظهر هذا القصور خلال مرحلة النمو أي قبل أن يصل الطفل إلى عمر ١٤ سنة.

تعتبر كل من اضطرابات المزاج (الغضب) والاضطرابات الحركية من أكثر مظاهر التخلف العقلي تداخلا مع مظاهر قصور الانتباه والحركة المفرطة.

٥- صعوبات التعلم Learning Disabilities

تتداخل مظاهر صعوبات التعلم تداخلا كبيرا مع مظاهر قصور الانتباه والحركة المفرطة، فلقد قدر عدد الأطفال ذوي قصور الانتباه، الذين يعانون في نفس الوقت من صعوبات التعلم فيما بين ١٠-٥٠٪ من المجموع الكلي للأطفال ذوي قصور الانتباه. ولقد أشار " جولدستين وجولدستين ١٩٩٥
إلى أنه على الرغم من أهمية عامل الانتباه في
حياة الطفل، فإن هذا العامل بمفرده لا يعتبر كافيا لعملية التعلم، وذلك لأن المشكلة الأساسية للطفل الذي يعاني من صعوبات في التعلم هي صعوبة التعامل مع المعلومات لا الانتباه، فهو قد ينتبه ويركز على ما يقال له من معلومات ولكنه لا يستطيع التعامل معها بما يتطلبه هذا التعامل من تحليل واستجابة واستدعاء وتذكر وتخزين وربط للعلاقات، وهذا راجع لقصور في قدرة المخ على التعامل مع المعلومات، ولهذا فإن استخدام الأدوية التي تساعد على استثارة الانتباه لا تفيد في هذه الحالة.

تعتبر المشكلات الدراسية وما يتبعها من مظاهر سلوكية من أبرز جوانب التداخل بين صعوبات التعلم وقصور الانتباه والحركة المفرطة.

٦- اضطرابات التصرف Conduct Disorders

تشير الدراسات إلى أن حوالي ثلثي الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة يعانون أيضا من اضطرابات في التصرف (فليك Flick ١٩٩٨) وأن معظم أعراض هذه الاضطرابات تظهر في مرحلة مبكرة من عمر الطفل، وتتمثل في السلوك المضاد للمجتمع والسلوك العدواني وتعاطي المخدرات والسلوك الذي يتسم بالجرأة والتحدي والعناد وتصلب الرأي، وهذه المظاهر السلوكية الناتجة عن اضطرابات التصرف تتداخل مع تلك المظاهر الناتجة عن قصور الانتباه والحركة المفرطة.

٧- الاستحواذ Obsessive Compulsive Disorders

يعرف بأنه سلوك أو تفكير متكرر يدور حول نقطة واحدة، ويكون على شكل سلوك استحواذي مثل غسل الأيدي بشكل متكرر، أو نشاط عقلي مثل تكرار ترديد الكلمات والأرقام، أو سلوك حركي مثل محاكاة أو تقليد سلوك الآخرين.

وتدخل هذه الأنماط السلوكية ضمن قائمة الاضطرابات السلوكية لأنها مفرطة في التكرار عن المعدل الطبيعي ولذلك فهي تشغل الطفل عن التركيز والانتباه مما يؤدي إلى قصور في الأداء وفقدان للمعلومات.

مظاهر تطور قصور الانتباه والحركة المفرطة من الطفولة إلى البلوغ:

أشار باركلي ١٩٩٥ Barkley إلى أن حوالي ٨٠٪ من أطفال المدارس ممن يعانون من قصور الانتباه أو قصور الانتباه المصحوب بالحركة المفرطة قد استمروا يعانون من هذه الاضطرابات في مرحلة المراهقة، وأن ما بين ٣٠-٦٥٪ منهم قد صحبتهم هذه الاضطرابات حتى مرحلة الرشد.

١- مرحلة الطفولة المبكرة:

من الخصائص المميزة لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة في مرحلة الطفولة المبكرة البكاء والصياح بصوت مرتفع وسرعة التهيج، والغضب والحركة المفرطة بالإضافة إلى مشكلات في النوم (نوم متقطع مصحوب بحركات وصياح شديد عند الاستيقاظ).

٢- مرحلة ما قبل المدرسة:

عندما يكبر الطفل ويصل إلى مرحلة رياض الأطفال يستمر النشاط الحركي ولكنه يصبح أكثر عنفا وكذلك تستمر اضطرابات النوم. وتتميز هذه المرحلة أيضا بسرعة تغير المزاج وسرعة الغضب وتصلب الرأي وعدم الانصياع للأوامر، إضافة إلى قصر مدة الانتباه ومشكلات في الكلام واللغة، ويوصف كلام الطفل في هذه المرحلة بأنه لا يتلاءم مع عمره (أي أصغر من عمره) وأنه غير متناسق وغير مترابط، كذلك فإن هذا الطفل يعاني من مشكلات في التكيف مع أقرانه مما يساعد على زيادة سلوكه العدواني، ولهذا فقد يفصل

الكثير من هؤلاء الأطفال من رياض الأطفال نتيجة لسلوكهم العدواني.

٣- مرحلة المدرسة:

تستمر المظاهر السلوكية لمرحلة ما قبل المدرسة مع الطفل خلال مرحلة المدرسة، لكنها تأخذ شكلا أكثر حدة وأكثر وضوحا لما تتطلبه هذه المرحلة من الجلوس بهدوء لفترة طويلة من الوقت والتعامل مع الواجبات التعليمية التي تتطلب التركيز والانتباه إضافة إلى التعاون مع زملاء الفصل والمشاركة في الأنشطة المدرسية وأداء الواجبات المنزلية.

نتيجة لما يتميز به هذا الطفل من الانشغال وعدم الانتباه وعدم الانصياع للأوامر والتوجيهات ومقاومة القوانين واللوائح المدرسية، تزداد مشكلاته في المدرسة، ولقد أشار باركلي ١٩٩٥ Barkley إلى أن ما بين ٣٠-٥٠٪ من هؤلاء الأطفال ممن تتراوح أعمارهم بين ٧-١٠ سنوات تصدر عنهم أشكال مختلفة من اضطرابات التصرف والسلوك العادي للمجتمع مثل الكذب والسرقة ومعاداة السلطات إضافة إلى أن حوالي ٢٥٪ منهم يتشاجرون مع أقرانهم بشكل متكرر.

٤- مرحلة المراهقة:

تنخفض حدة الحركة المفرطة في مرحلة المراهقة في حين تبقى مشكلات الاندفاع وقصور الانتباه على درجتها من الحدة وتزداد حصيلة المراهق في هذه المرحلة من خبرات الإخفاق والفشل المتمثلة في الفشل الدراسي والفشل في

إقامة علاقات اجتماعية سوية مما يزيد من حدة السلوك المعادي والمضاد للمجتمع، ورغبة من هذا المراهق في أن يكون مقبولا اجتماعيا، فإنه يبحث عن أقران بنفس خصائصه السلوكية وينضم إليهم مما يساعد على زيادة خطورة هذه الخصائص السلوكية وتتحول السرقات البسيطة إلى جرائم سرقة وسطو مسلح ومنظم ويتحول السلوك العدواني إلى جرائم قتل، هذا بالإضافة إلى إدمان وتعاطي المخدرات والكحول، فقد أشار فليك ١٩٩٨ Flick إلى أن حوالي ٣٠٪ من هؤلاء المراهقين يتعاطون الكحول والماريوانا وأن ٣٥٪ منهم يتركون المدرسة قبل الانتهاء من المرحلة الثانوية. هذا بالإضافة إلى أن الكثير من هؤلاء المراهقين يعانون من الاكتئاب وضعف مفهوم الذات وانخفاض الثقة بالنفس مما يؤثر سلبا على الدافعية للنجاح والتقبل الاجتماعي.

٥- مرحلة الرشد:

أشار باركلي ١٩٩٥ Barkley إلى أن أعراض اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة تبقى خلال مرحلة الرشد لدى أكثر من نصف عدد الذين كانوا يعانون من هذه الاضطرابات خلال مرحلة الطفولة، وأن ما بين ١٠-٢٠٪ منهم فقط يصلون إلى مرحلة الرشد دون أن يعانوا من مشكلات أو اضطرابات نفسية، وأن هؤلاء الراشدين يظهرون نسبة عالية من المشكلات المتعلقة بإتمام العمل والتقبل المهني، كذلك تكثر بينهم المشكلات الأسرية. وأضاف باركلي إلى أن حوالي ٢٥٪ من الراشدين ذوي اضطرابات الانتباه والحركة المفرطة يظهرون أنماطا مختلفة من السلوك المعادي للمجتمع وأن ٥٠٪ منهم مدمنون للكحول.

في دراسة تتبعية أجراها بورلاند وهيشتمان Borland and Huchtman على مجموعة من الراشدين ذوي النشاط الحركي المفرط (المجموعة الأولى) ومجموعة من إخوتهم الذين لا يعانون من هذه الاضطرابات (المجموعة الثانية الضابطة) وجد أن أفراد المجموعة الأولى أقل في المستوى الاقتصادي والاجتماعي من المجموعة الثانية (الضابطة) إضافة إلى انتشار السلوك المضاد للمجتمع والمشكلات الأسرية بين أفراد المجموعة الأولى.

في دراسة تتبعية أخرى أجراها ويس وهيشتمان Weiss and Huchtman ١٩٨٦ وجدا أن نسبة ١٠٪ من الأطفال ذوي اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة يقدمون على الانتحار في مرحلة الرشد، وأن ٥٪ منهم قد ماتوا نتيجة للانتحار أو لإصابتهم في حوادث.

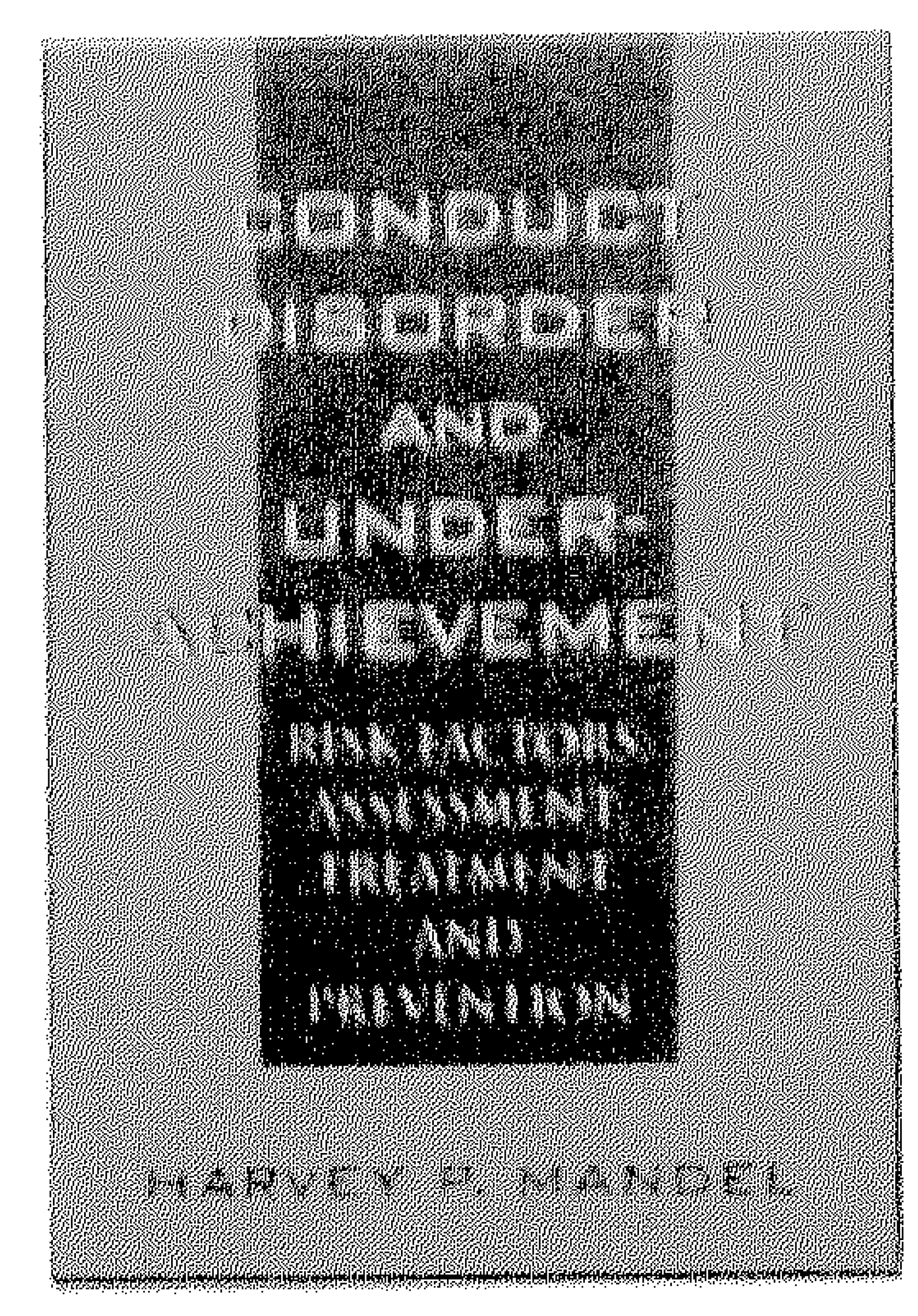
وتجدر الإشارة هنا إلى أن الأدوية المنشطة التي تستخدم الآن على نطاق واسع لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة لم تؤد إلى القضاء على هذه الاضطرابات بل أدت فقط إلى تخفيف النبذ الاجتماعي وزيادة التقبل إضافة إلى تحسن المشاعر المرتبطة بالحياة والتعاون مع الآخرين وتحسن في مفهوم الذات وزيادة الثقة بالنفس.

الفصل الثالث

****

التشخيص والتقييم

- تاريخ تطور الحالة.
- ملاحقة السلوك.
- التقييم النفسى.
- أهمية التشخيص النفسى- عصبى.
- الاختبارات المحددة وبطاريات الاختبار.
- التقييم متعدد الأوجه.
- عناصر التشخيص النفسى- عصبى ومقاييسها.
- أساليب أخرى للتشخيص.
- إجراءات التشخيص.


CONDUCT DISORDER AND UNDER-ACHIEVEMENT
RISK FACTORS, ASSESSMENT, TREATMENT AND PREVENTION
HARVEY P. MANDEL

الفصل الثالث

التشخيص والعلاج

يعتمد التشخيص الأولي لاضطرابات قصور الانتباه أو قصور الانتباه المصحوب بالحركة المفرطة على ثلاثة مصادر رئيسية:

١- المعلومات التي يتم الحصول عليها من أولياء الأمور.

٢- السجلات الطبية والنفسية التي تحتوي على تاريخ نمو الطفل العضوي والنفسي.

٣- الملاحظات التي يتم تسجيلها عن الخصائص السلوكية للطفل.

تتم بعد ذلك مطابقة هذه المعلومات بعضها مع بعض من أجل الحصول على صورة أولية أو تشخيص أولي لحالة الطفل. إن تشخيص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة يعتبر عملية معقدة لهذا يجب الحذر وتوخي الدقة قبل إصدار التقرير النهائي عن حالة الطفل، فقد تتواجد بعض الحالات المرضية التي تسبب خصائص أو أعراضا سلوكية شبيهة بتلك التي تنتج عن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة. ولهذا فعلى الذي يقوم بعلاج الحالة أن يأخذ بعين الاعتبار الحصول على معلومات من مصادر متعددة أخرى غير المصادر الأولية، ثم عليه أن يصنف هذه المعلومات من حيث الخصائص التي تشتمل عليها، فتصنف إلى خصائص أولية وخصائص ثانوية وخصائص ما بين الأولية والثانوية. إن التشخيص غير الدقيق لحالة الطفل يؤدي إلى خطأ في العلاج. تتم عمليات التشخيص في العيادات المتخصصة في اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة بالحصول على المعلومات الخاصة بحالة الطفل من

مصادر مختلفة أهمها:

- أولياء الأمور.
- المدرسون
- الطفل نفسه.
- ملاحظة الطفل في مواقف مختلفة.
- أداء الطفل في بعض الاختبارات التي تقيس التحصيل الدراسي والانتباه والتركيز والذاكرة والمهارات البصرية والحركية والسمعية ومهارات التحكم بالنفس.

وفيما يلي عرض للعناصر التي تشترك في تشخيص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة:

١- تاريخ تطور الحالة:

كما سبق أن ذكرنا في الفصل السابق، فإن أعراض ومظاهر قصور الانتباه والحركة المفرطة تستمر مع الطفل خلال مراحل حياته المختلفة بما فيها مرحلة الرشد، هذا مع الأخذ بعين الاعتبار الاختلاف في شكل وحدة هذه المظاهر السلوكية من مرحلة إلى أخرى، ومع هذا التغير قد تظهر أشكال جديدة للاضطرابات، وقد يختفي البعض الآخر خاصة تلك التي تتصل بالأنماط الأولية لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة. لهذا فقد تختلف الصورة التشخيصية لحالة الطفل من مرحلة عمرية إلى مرحلة أخرى.

يعتبر التاريخ الطبي والنفسي للأسرة هامًا جدًا في عملية تشخيص

وتفسير الحالة الحالية للطفل، فقد يظهر التقرير الطبي أن أحد الوالدين يعاني من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة وأن هذا الطفل قد تسمم بمادة الرصاص، ففي هذه الحالة قد تكون هناك ازدواجية في أسباب إصابة الطفل بهذه الاضطرابات الأول وراثي والثاني بيئي.

كذلك فإن البحث في تاريخ تطور حالة الطفل قد يشير إلى تعرضه لمشكلات أثناء عملية الولادة مثل نقص الأكسجين، أو تعاطي الأم للكحول والمخدرات أثناء مرحلة الحمل.

لقد أشار باركلي ١٩٩٦ Barkley إلى أن كلاً من النيكوتين الناتج عن التدخين وتعاطي المشروبات الكحولية خلال فترة الحمل له دور كبير في إحداث شذوذ أو قصور في نمو مركز المخ، كذلك القطاعات الأمامية للمخ، وأضاف باركلي إلى أنه كلما ازدادت المشكلات المتعلقة بنمو الجنين خلال مرحلة الحمل، ازدادت احتمالات إصابته باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

وقد يشير التقرير أيضًا إلى إصابة الطفل بالتهابات في الأذن، أو ارتفاع مفاجئ في درجة حرارة الجسم، أو إصابته بالربو، أو خلل في الغدة الدرقية، أو نقص في السكر، أو قصور في السمع، أو اختناق أثناء النوم، أو التهابات في الدماغ، أو إصابته بالدودة الدبوسية وغيرها من العوامل التي قد تكون السبب في إصابته باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة والتي تضاف إلى المعلومات الطبية والنفسية التي تم جمعها عن حالة الوالدين حتى يتم في النهاية تحديد أسباب إصابة الطفل بهذه الاضطرابات.

٢- ملاحظة السلوك

تعتبر ملاحظة سلوك الطفل من الجوانب الرئيسية التي يتم عن طريقها جمع المعلومات عن حالة الطفل للمساعدة في عملية التشخيص. وتتم الملاحظة بثلاث طرق هي:

أ- ملاحظات أولياء الأمور: يُطلب من أولياء الأمور كتابة ملاحظاتهم عن سلوك الطفل داخل البيت وفي المحيط الاجتماعي بحيث تتضمن خصائصه السلوكية في تعامله معهم ومع إخوته ومع أقرانه وأقربائه، وسلوكه في المواقف الاجتماعية والأسرية المختلفة. كما يُطلب منهم المقارنة بين النمط السلوكي الذي يتميز به هذا الطفل وما يتميز به إخوته وأقرانه من أنماط سلوكية.

ب-المدرسون: يطلب من كل مدرس من مدرسي الطفل كتابة تقرير عام يشرح فيه الأنماط السلوكية التي يتميز بها داخل الفصل وخارجه بحيث يتضمن أداءه الأكاديمي والمعرفي والحركي، وعلاقته مع زملائه ومدرسيه وأن يعقد مقارنة بينه وبين زملائه في جميع هذه الأنماط السلوكية.

جـ-الإخصائي النفسي: الأخصائي النفسي هو الذي يقوم بفحص حالة الطفل وكتابة ملاحظات عنها بالإضافة إلى إجراء الاختبارات اللازمة، وتستخدم هذه الملاحظات عادة في المساعدة على تفسير نتائج الاختبارات التي أجريت على الطفل، وكتابة تقرير عنها، حيث يشتمل هذا التقرير على شعور الطفل أثناء أداء الاختبار وكيفية إمساكه للقلم وعدد مرات التوقف أثناء أداء الاختبار واستخدام أصابعه في العد في المسائل الحسابية واستخدامه للكلمات

المناسبة للتعبير عن أفكاره وخواطره، ومدى التململ والثرثرة والنظر حوله أثناء أداء الاختبار.

وتجدر الإشارة إلى أنه قد لا يكتفى بالملاحظات التي جاءت في تقرير كل من أولياء الأمور والمدرسين بل يطلب منهم تعبئة بعض النماذج أو المقاييس لتحديد سلوك الطفل مقارنة بزملائه أو أقرانه المقاربين له في العمر والمرحلة الدراسية.

٣- التقييم النفسي:

على الرغم من أنه لا يوجد اختبار محدد لتشخيص قصور الانتباه والحركة المفرطة، فإنه تم مؤخرا نشر
"اختبار اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة"

حيث يساعد هذا الاختبار على جمع معلومات منظمة من أولياء الأمور. ويعتمد هذا الاختبار على المعايير التي اشتمل عليها دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية (الطبعة الرابعة) ولكن يؤخذ على هذا الاختبار أنه لا يقيس أداء الطفل في اختبارات وواجبات متنوعة.

ومن الجدير بالذكر هنا أنه مهما كانت كفاءة الاختبار فإنه يجب عدم الاعتماد على اختبار واحد بمفرده لتقييم أو تشخيص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة عند الطفل، بل يجب إضافة المعلومات التي نحصل عليها عن طريق الملاحظة أو أداء الطفل في الاختبارات النفسية والاختبارات العصبية - النفسية التي تقيس القدرات اللفظية وغير اللفظية، والذاكرة، والتحكم في

الحركة، ومهارات الانتباه، والمهارات الحركية البصرية والمهارات الحركية الدقيقة، والكبيرة، والذاكرة، فكل هذه النتائج تعتبر أساسية في وصف وتحديد الأنماط السلوكية للطفل.

أهمية التشخيص النفس – عصبي

يعتمد التشخيص النفس عصبي على بطارية اختبارات تقيس مجموعة من الأعراض المركبة، وتشتمل هذه الاختبارات على واجبات نفس عصبية شبيهة بتلك التي يمارسها أو سيمارسها الطفل في الحياة العامة، لأن محط الاهتمام هنا هو سلوك الطفل في البيئة الطبيعية.

لقد أشار باركلي ١٩٩٥ Barkley إلى أن الانتباه يلعب دورا هاما في التقييم والتشخيص النفس عصبي للأطفال الذين يعانون من مشكلات في النمو وفي التعليم وغيرها من المشكلات النفس – عصبية يساعد التشخيص النفس عصبي على تحديد قدرة الطفل على أداء الاختبارات أو توقع استجاباته السلوكية على كل شكل من أشكال الاختبارات النفسية، والتعرف على طبيعة سلوكه الاندفاعي، وتحديد درجة نشاطه الحركي إضافة إلى التعرف على مهارات التنظيم والترتيب والقدرة المعرفية والنمو الاجتماعي والانفعالي، والمهارات البصرية الحركية، وغيرها من القدرات اللازمة للتعامل مع المواقف الأكاديمية والاجتماعية والعملية المختلفة. إن الكثير من الحالات التي تم تشخيصها والتأكد من معاناتها من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة هي تلك التي يعاني أصحابها من التهابات في الدماغ، لذلك فقد تم الربط بشكل مباشر بين الخصائص العامة لاضطرابات قصور الانتباه والحركة

المفرطة وبين التهابات الدماغ، وعلى الرغم من صعوبة تحديد العضو المسؤول مسؤولية مباشرة عن هذه الاضطرابات، فإن هناك دلائل قاطعة على أن أعراض التهابات الدماغ هي نفسها أعراض اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.
ولهذا فإنه من الضروري الاعتماد على أكثر من متغير للتشخيص النفس عصبي لهذه الاضطرابات فيما يعرف بأسلوب "تعدد المتغيرات أو الأعراض". فالخلل العضوي مثل الصرع أو إصابات الدماغ أو تلف المخ الولادي ينتج عنه استجابات سلوكية متعلقة بالانتباه شبيهة بتلك التي تنتج عن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

لقد ركزت العديد من البحوث والدراسات التي استخدمت الاختبارات النفس عصبية لتشخيص الأطفال ذوي اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة على أداء الفص الأمامي للمخ وذلك باستخدام
اختبار ويسكانسون لتجميع البطاقات Wisconsin Card Sorting Test واختبارات الطلاقة اللفظية، واختبارات القراءة، واختبارات الانتباه واختبار الأداء المستمر. إن الفكرة الأساسية التي قامت عليها هذه الدراسات هي أن الاضطرابات الناتجة عن الخلل في أداء الفص الأمامي للمخ قد تكون مرتبطة بالاندفاع ومسؤولة عن القصور العقلي تماما كما في حالة اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

الاختبارات المحددة وبطاريات الاختبار

أشارت الدراسات التي أجريت خلال الخمسين سنة الماضية على أن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة هي اضطرابات ذات جوانب متعددة.

لهذا فقد ركزت البحوث في مجال علم النفس العصبي على إيجاد اختبار مبسط يمكن من خلاله الكشف عن الاضطرابات العضوية للمخ. ولقد تم التركيز على اختبار بندر جشتلت حيث انتشر بشكل موسع كاختبار مبسط لتشخيص الاضطرابات العضوية للمخ. ولكن مع تقدم البحث في هذا المجال انتشر الاقتناع بين المختصين بأنه يجب عدم الاعتماد على اختبار بسيط كهذا لتشخيص اضطرابات مركبة ومتداخلة، وأنه يمكن استخدامه كاختبار مساعد ضمن قائمة من الاختبارات المساعدة وليس كاختبار رئيسي. ومن ثم فقد بدأ التوجه نحو استخدام بطاريات اختبار لتشخيص هذه الاضطرابات العضوية المركبة

مثل بطارية اختبار ريتان إنديانا النفس عصبية Neuropsychological Test Battery وبطارية اختبار لوريا – نبراسكا

لقد تم تطوير أنواع مختلفة من هذه البطاريات إضافة إلى تطوير عدد كبير من الاختبارات الفردية أو المحددة، كما تم تطوير عدد من بطاريات الاختبار لتشخيص حالات المرضى الذين تعرضوا للتسمم.

على الرغم من تطوير العديد من الاختبارات التي تقيس الانتباه وتشخص الاضطرابات النفس عصبية، وصعوبات التعلم، فإنه لم يتم حتى الآن تطوير اختبار أو بطارية اختبار محددة يمكن أن تعمل بمفردها على تشخيص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة. وهذا راجع إلى نقص المرجع أو الأساس النظري الذي سوف يتم على أساسه تطوير هذه البطارية إضافة إلى

ضعف ارتباط مرجعيتها بمعايير الحياة العملية.

التقييم المتعدد الأوجه

في التقييم النفس عصبي الذي يستخدم في تشخيص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة يجب مراعاة الاعتبارات الآتية:

١- أن قصور الانتباه والحركة المفرطة عبارة عن اضطرابات مركبة تشتمل على عدة متغيرات.

٢- أنه يشتمل على مجموعة من الأنماط أو المظاهر الجانبية التي لم تذكر في دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة .

٣- يشتمل مفهوم الانتباه على مجموعة من التصنيفات، كما أن مفهوم التحكم أو السيطرة على السلوك يحتوي أيضا على مجموعة من التصنيفات الفرعية.

٤- يعتبر قصور الانتباه والحركة المفرطة من الاضطرابات النمائية أي التي تتغير مظاهرها مع مرور الزمن وعبر مراحل العمر المختلفة، لهذا فعند التشخيص أو التقييم النفس عصبي لهذه الاضطرابات يجب معرفة النمو الطبيعي للسلوك العام وكذلك النمو النفس عصبي لهذه المرحلة العمرية.

٥- يشتمل قصور الانتباه والحركة المفرطة على خصائص محددة أي

مرتبطة بمواقف معينة، فقد تظهر بعض المشكلات السلوكية في المدرسة فقط ولا تظهر في البيت أو البيئة الاجتماعية.

٦- يجب معرفة الأمراض التي تنتج عنها اضطرابات سلوكية شبيهة بتلك التي تنتج عن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

وعند تشخيص حالات اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة يجب التركيز على النقاط التالية:

أ- تاريخ تطور الحالة:

إن المعرفة التامة بتاريخ ومراحل تطور الاضطرابات يزود الأخصائي المعالج بالكثير من الدلائل عن هذه الاضطرابات، وعادة ما يتم الحصول على هذه المعلومات عن طريق الأم أو من هو على معرفة تامة بالطفل.

ب - نماذج تقدير السلوك:

تساعد هذه النماذج على الحصول على معلومات هامة سواء من مدرس الطفل أو أولياء الأمور، يتم استخدامها في الكشف أو تحديد بعض الاضطرابات السلوكية التي تظهر سواء في المدرسة أو البيت.

جـ - مقاييس الانتباه:

تستخدم العديد من المقاييس التي تم تطويرها لقياس الانتباه وذلك للحصول على معلومات أساسية عن أداء الطفل ودرجة انتباهه مقارنة بأقرانه

العاديين في نفس المرحلة العمرية والدراسية.

د – المقاييس المعرفية / العقلية:

تستخدم المقاييس المعرفية لقياس التحصيل الذاكرة، والمهارات الحركية البصرية، واللغة، والإحساس، والتحكم، والمهارات الاجتماعية والانفعالية، وهي جميعها تعتبر ضرورية للمساعدة في التعرف على احتمال وجود حالات مرضية مصاحبة لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

عناصر التشخيص النفس عصبي ومقاييسها

يعتمد اختيار الاختبارات المستخدمة في التشخيص النفس عصبي على المعالج المختص الذي يأخذ بعين الاعتبار المشكلات أو جوانب القصور المراد تشخيصها. وبالتالي فهو يختار من هذه الاختبارات ما صمم لتشخيص هذه الجوانب أو المشكلات، لهذا فهناك العديد من المشكلات التي يطمح المعالج المختص إلى تشخيصها والتعرف على مدى ارتباطها باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة أو ارتباطها ببعض الأمراض التي تنتج عنها مظاهر سلوكية شبيهة بالناتجة عن هذه الاضطرابات. وفيما يلي عرض لأهم عناصر التشخيص النفس عصبي، وسوف يليها شرح مبسط لعملية تشخيص كل عنصر من هذه العناصر:

١- القدرة العقلية Ability.
٢- التحصيل أو الإنجاز Achievement.
٣- التحكم Control.

٤- المهارات البصرية الحركية
٥- المهارات الحركة Motor Skills
٦- الذاكرة Memory
٧- مهارات الانتباه Attention skills
٨- مفهوم الذات والثقة بالنفس
٩- المهارات الاجتماعية Social Skills
١٠- المهارات البصرية المكانية
١١- المهارات اللغوية Language Skills
١٢- السلوك والانفعالات Behaviour

١- قياس القدرة العقلية

إن مقياس وكسلر للذكاء عند الأطفال الطبعة الثالثة Wechsler للأعمار من ٢ إلى ١٢ سنة و١١ شهرا يعتبر من أشهر المقاييس المستخدمة لقياس القدرات العقلية عند الأطفال، فهو يقيس القدرة اللفظية والقدرات الوظيفية غير اللفظية بالإضافة إلى قياس الذكاء.

يشتمل الاختبار اللفظي على معلومات ومتشابهات ومسائل حسابية ومفردات. أما الاختبار غير اللفظي أو اختبار الأداء فيشتمل على تكملة الصور، وترتيب أو تصنيف الصور، وتكوين أو بناء أشكال من مكعبات، وتجميع الأجزاء في شكل موحد، والترقيم، والخروج من المتاهات.

وتعتمد الدرجة التي يحصل عليها الطفل من هذه الاختبارات على العوامل

الآتية:

- الفهم اللفظي.
- تنظيم الإدراك.
- درجة الانتباه.
- سرعة الأداء.

يقوم المعالج المختص بالربط بين المشكلات أو العلاقات المشتركة بين هذه الاختبارات والتركيز عليها من خلال الدرجة التي حصل عليها المفحوص في كل اختبار من هذه الاختبارات.

ومن الاختبارات الأخرى التي يكثر استخدامها لقياس القدرات العقلية عند الأطفال اختبار كوفمان المختصر للذكاء Kaufman Brief Intelligence Test، ويمتاز هذا الاختبار بقصر مدة تطبيقه، ولهذا يستخدمه المعالج الذي يبحث عن تقييم سريع لقدرات الطفل من خلال عملية تشخيص قصيرة وسريعة، حيث يتم من خلاله التعرف على الأداء اللفظي والأداء غير اللفظي للطفل.

٢- قياس التحصيل أو الإنجاز:

يعتبر اختبار وكسلر الفردي لقياس التحصيل The Wechsler Individual Achievement Test (WIAT) من أكثر الاختبارات استخداما لقياس التحصيل أو الإنجاز. ويتكون هذا الاختبار من مجموعة من الاختبارات الفرعية مثل:

أ- اختبار مبادئ القراءة.

ب- اختبار الحساب.

جـ- اختبار فهم القراءة.

د- اختبار العمليات الرقمية.

هـ- اختبار فهم المسموع.

و- اختبار التعبير اللفظي.

ز- اختبار التعبير المكتوب.

كذلك تعتبر بطارية اختبار ودكوك جونسون النفس تربوي المعدل Woodcock Johnson Psychoeducational Battery Revised-WJ-R من الاختبارات الواسعة الانتشار في تشخيص التحصيل وكذلك اختبار بيبودي المعدل للتحصيل الفردي

Revised (PIAT-R) وكذلك اختبار بودر لأنماط القراءة والتهجية Boder Test of Reading/ Spelling Patterns.

٣- قياس القدرة على التحكم

يتم تشخيص التحكم الذاتي عن طريق التعرف على أداء القطاع أو الفص الأمامي من المخ. وتستخدم الاختبارات النفس عصبية لهذا الغرض. ومن أهم الاختبارات التي تستخدم مع الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة

أ اختبار ستروب للتعرف على اللون والكلمة Stroop Color-Word Test،

ب واختبار ويسكانسون لتصنيف البطاقاتWisconsin Card Sorting Test

جـ واختبار التتبع Trail Making Test.

أ- يتطلب اختبار ستروب للتعرف على اللون والكلمة من المفحوص أن

يحتفظ أو يخزن المعلومات لفترة زمنية معينة قبل أن يقوم بالإجابة على السؤال المطروح. مثال على ذلك أن يقرأ المفحوص أسماء الألوان التي كتبت بألوان مختلفة (كلمة أحمر كُتبت باللون الأخضر) والتي مرت من أمام عينيه بسرعة، على أن يحتفظ بهذه المعلومات في ذاكرته.

ب- يتطلب اختبار ويسكانسون لتصنيف البطاقات مرونة عقلية وقدرة على حل المشكلات باستخدام التغذية الراجعة. ويعتبر هذا الاختبار واحدًا من أكثر الاختبارات استخداماً لتشخيص أداء القطاع الأمامي من المخ ويستخدم في معظم بطاريات الاختبارات النفس - عصبية.

جـ- لقد صمم اختبار التتبع لقياس سرعة الحركة والمرونة العقلية حيث يُطلب من المفحوص في الجزء الأول من هذا الاختبار أن يربط بين سلسلة من الدوائر المرقمة، وفي الجزء الثاني تزداد صعوبة الاختبار حيث يطلب من المفحوص الربط بين أرقام وحروف تعاقب ظهورها معاً، وهذا الاختبار لا يعتمد على سرعة الحركة فقط بل أيضاً على قدرة المفحوص على الانتقال والتحول وتركيز الذاكرة على عنصرين متتابعين.

٤- قياس المهارات البصرية - الحركية

لقد كان اختبار بندر - جشتالت Bender – Gestalt Test من أوسع

الاختبارات انتشارا لقياس وتشخيص المـهارات البصريـة الحركيـة، إلا أنـه نظرا لصعوبة ومحدودية استخدامه مع الأطفال الصغار (الأصغر من ٨ سـنوات) فقد بدأ التوجه نحو اختبارات أكثر مرونة وقدرة على قياس المهارات البصريـة الحركية عند جميع الأطفال مـن كـل الأعمـار. ولهـذا فقـد انتشـر اسـتخدام الاختبار النمائي للتكامل الحركي البصري The Developmental Test حيث يمكن استخدامه مع شريحة عمرية
كبيرة تتراوح ما بين ٣ سنوات إلى ١٨ سنة. ويشتمل الاختبار على ٢٤ اختبارا فرعيا للرسم تتـدرج في صعوبتـها وتعقيدهـا، ويتـم تبعـا لذلـك تقييـم كـل مـن الإدراك البصـري والإدراك الحركـي والمـهارات البصريـة الحركيـة. ويعتـبر اختبار متسوتا لتشخيص الإدراك
Test من الاختبارات الهامة لقياس كل من الإدراك البصري والمهارات البصرية الحركية، ولقد تم تقنينه ووضع معاييره على عينـة مـن أربعـة آلاف طفـل، ويمكن استخدامه مع الأطفال الذيـن تـتراوح أعمـارهم بـين ٥ ١٤ سـنة كمـا يمكن أيضا استخدامه مع البالغين فيما فوق ١٦ سنة.

٥- قياس المهارات الحركية

يستخدم كل من اختبار النقر بالإصبع Finger Tapping Test واختبـار تذبذب الإصبـع Finger Oscillation Test في قيـاس سـرعة الحركـة عنـد الأطفال إضافة إلى المقاييس التي تقيس تآزر الحركات الدقيقة عند الأطفال ذوي اضطرابات قصور الانتبـاه والحركـة المفرطـة. ولقـد أضـاف بـاركلي Barkley (١٩٩٥) اختبارا آخر هو اختبار حركة اليد Hand Movement Test وهـو

واحد من الاختبارات الفرعية في بطارية كوفمان لتشخيص الأطفال Kaufman Assessment Test Battery for Children. ولقد تم تقنين هذا الاختبار ووضع معاييره بشكل جيد ليتلاءم مع المهام أو الأعمال التي تعكس أداء القطاع الأمامي من المخ.

كذلك يعتبر اختبار قوة القبضة Strength of Grip Test واحدا من الاختبارات النفس عصبية التي تستخدم في تقدير القوة الحركية، هذا بالإضافة إلى كل من اختبار سومبا للبراعة الجسدية Sompa Physical Dexterity Test للأطفال فيما بين ٥-١٢ سنة، والبطارية الشاملة لقياس الحركة Comprehensive Movement Assessment Battery للأطفال فيما بين ٤-١٢ سنة.

٦- قياس الذاكرة

يعتبر اختبار المدى الواسع لتقييم الذاكرة والتعليم The Wide Range Assessment of Memory and Learning من أهم الاختبارات المستخدمة في تقييم الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، ويركز هذا الاختبار على قياس كل من مشكلات الذاكرة البصرية والذاكرة السمعية والتي تعتبر من أهم المشكلات التي يعانيها هؤلاء الأطفال، ويناسب هذا الاختبار الأطفال فيما بين ٥-١٧ سنة، ويتبع هذا الاختبار ثلاثة اختبارات فرعية لقياس الذاكرة الأول لتذكر الجملة، والثاني لتذكر الحرف والثالث يقيس المقدرة على تذكر الشكل أو التصميم. ومن الاختبارات الأخرى التي تقيس الذاكرة عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة اختبار الذاكرة والتعليم Test of Memory

and Learning ويزودنا هذا الاختبار بدرجات للذاكرة اللفظية والذاكـرة غـير اللفظية بالإضافة إلى درجات خاصة بالاختبارات الفرعية الـتي تقيـس الانتبـاه والتعلم، ويناسب هذا الاختبار الأطفال فيما بين ٥-١٩ سنة.

٧- قياس مهارات الانتباه:

بدأ استخدام اختبار الأداء المتواصل Continuous Performance Test في أواخر الخمسـنيات لتشـخيص الانتبـاه عنـد مرضـى الصـرع، ثـم طـور هـذا الاختبار عدة مرات وخرجت منه ١٢ صـورة أهمـها نظـام جـوردن للتشـخيص Gordon Diagnostic System (GDS) الذي تم تطويـره سـنة ١٩٨٧ وهـو مبرمج على الكمبيوتر، وقد تم تقنينه علـى عينـة مـن ١٣٠٠ طفـل مـن سـن ٣ سنوات إلى سن ١٦ سنة، ويشتمل نظام جوردن على ثلاثة اختبارات مبرمجـة على الكمبيوتـر، يقيـس الاختبـار الأول القـدرة علـى التحكـم بـالذات ويسـمى اختبار تأخر الواجب، حيث يطلب من الطفـل أن يضغـط علـى زر أزرق كبـير بالسرعة التي يريدها، ويقال له إنه إذا تسرع في الضغـط قبـل معرفـة المطلـوب منه، فإنه لن يحصل على أية نقطة، أما إذا تمهل في الضغط علـى الـزر حتـى يعرف المطلوب منه فإنه سوف يحصل علـى نقـاط، وسـوف يظـهر ضـوء علـى شاشة الكمبيوتر للدلالة على نجاحه في توقيت الضغط على الزر الأزرق الكبير، ومن خلال النقـاط الـتي يحصـل عليـها الطفـل خـلال فواصـل زمنيـة محـددة نستطيع أن نحدد قدرته على التحكم بالذات.

أما الاختبار الثاني في نظام جوردن للتشخيص فيسمى اختبـار اليقظـة أو الحذر حيث يطلب من الطفل التعرف على رقمين متسلسـلين يتكـرر ظـهورهما

على شاشة الكمبيوتر في فترات زمنية محددة، ويستطيع المعالج من خلال هـذا الاختبار أن يحدد درجة يقظة وانتباه الطفل مـن خـلال قدرتـه علـى التعـرف على هذه الأرقام، وبالتالي تحديد قصور الانتباه ودرجـة الاندفـاع، وذلـك عـن طريق حساب عدد أخطاء الطفل في هـذا الاختبـار، حيـث يتـم تفسـير سـرعة الطفل في الضغط على الزر عندمـا يـرى الرقـم الأول في التسلسـل دون الانتظـار حتى يظهر الرقم الآخر في السلسلة ليتأكد من أنه هو الرقم المطلوب.

أما الاختبار الثالث فيسمى اختبار القابليـة للتشـتت حيـث يقـوم الطفـل بالضغط على الزر فور ظهور سلسلة الأرقام المطلوبـة، مثـال: اضغـط علـى الـزر حالما ترى رقم ٥ متبوعا برقم ٣، ولهذا فإن هذا الاختبار يتطلب درجة عاليـة من اليقظة والانتباه فقد يظهر رقم ٥ عدة مرات متبوعا بأرقام أخرى غير رقم ٣ (٥-١/ ٥-٩/ ٥-٢/ ٥-٦).

أما المجموعة الثانية من اختبارات التقييم المبرمجة فتعرف باسم اختبـار متغيرات الانتباه Test of Variables of Attention (TOVA) للأطفـال فيما بين ٤-٨ سـنوات وتعمـل ببرنـامج للكمبيوتـر يعمـل علـى أجـهزة IBM وأجهزة Apple، ومدة البرنامج ٢٢,٥ دقيقة حيث تطلـب مـن الطفـل الضغـط على زر الانطلاق في كل مرة يظهر فيـها المثـير الصحيـح، ولقـد أثبتـت بعـض البحوث أن نتائج التشخيص على هذا الجهاز تساعد في تحديد نوعيـة وكميـة العلاج أو الدواء اللازم للمفحوص الذي يعاني من قصور الانتباه وحركة مفرطة. ولقد قام د. لورنـس جريـن بـرج Dr. Laurance Greenberg بتطويـر هـذا الاختبار وهو قائم على أساس غير لغوي أي لا تستخدم فيه اللغة، وذلـك مـن

أجل التفريق بين كل من مظاهر قصور الانتباه ومظاهر صعوبات التعلم. وأشار جرين برج إلى أن نظام TOVA يعتبر من المقاييس الهامة في تحديد درجة الاندفاع وتشتت الانتباه معمليًا، كذلك فهو يزودنا برسم بياني عن تطور الانتباه والاندفاع خلال مراحل العمر المختلفة. في عام ١٩٩٥ قام ساندفور Sandford بتطوير مقياس للأداء البصري والسمعي المتواصل The Intermediate Visual and Auditory Continuous Performance Test (IVAPT) للأطفال من سن ٥ سنوات إلى مرحلة الرشد، وتظهر في هذا المقياس جميع المثيرات والتعليمات على شاشة الكمبيوتر مسموعة ومرئية، ويستغرق أداء الاختبار حوالي ١٣ دقيقة يزودنا الكمبيوتر بعدها بتقرير شامل عن الأبعاد المختلفة للانتباه والاندفاع والحركة المفرطة عند الشخص المفحوص.

قام كونر Conner في منتصف السبعينيات بتطوير اختبار كونر للأداء المتواصل Conner's Continuous Performance ويعتبر من أوائل الاختبارات المبرمجة التي استخدمت لقياس الانتباه، وهو يناسب الأعمار من ٦ سنوات حتى مرحلة الرشد، ويتطلب الاختبار من المفحوص أن يضغط على الزر عندما يظهر أي حرف على الشاشة ماعدا حرف X ولهذا فإن هذا الاختبار يركز على قدرة المفحوص على التريث وكبح جماح سلوكه، ويستغرق أداء الاختبار حوالي ١٤ دقيقة نحصل بعدها على تقرير عن الانتباه البصري عند المفحوص، إضافة إلى تفسير للدرجات التي حصل عليها على ضوء مقارنتها بالمعدل الطبيعي للفئة العمرية التي ينتمي إليها، وكذلك بمعدل الأداء عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة من نفس الفئة أو المرحلة العمرية.

٨- قياس مفهوم الذات والثقة بالنفس:

يعتبر مفهوم الطفل عن نفسه عاملاً هامًا من عوامل تقييم الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة خاصة الكبار منهم، إن معظم المعلومات التي نحصل عليها عن مفهوم الذات والثقة بالنفس عند الأطفال تأتي عن طريق الملاحظات والتقارير الطبية، وعن طريق الاختبارات الإسقاطية كاختبار رسم الأشكال أو رسم أفراد الأسرة، وتكملة الجمل وغيرها من الاختبارات الإسقاطية، كذلك فإن هناك بعض الاختبارات التي تم تطويرها لتزودنا بأبعاد متعددة عن شخصية الطفل ومنها:

أ- مقياس مفهوم الذات المتعدد الأبعاد

Multidimensional Self – Concept Scale (MSCS)

وهو مقياس شامل لمفهوم الذات حيث يزودنا بمعلومات أساسية عن خمسة جوانب من الأداء النفس – اجتماعي وهي:

- الكفاءة الاجتماعية Social Competnce
- العاطفة أو الشعور Affect
- البعد الأكاديمي Academic
- البعد العائلي Family
- البعد الجسمي Physical

ويستغرق أداء الاختبار حوالي ٢٠ دقيقة، وهو مناسب للأطفال فيما بين ٩-١٩ سنة (من الصف الخامس حتى الصف الثاني عشر)، ويزودنا المقياس بمعلومات عن جوانب القوة وجوانب الضعف في الأداء النفس – اجتماعي.

ب- دليل الثقة بالنفس Self – Esteem Index (SEI)

وهو مقياس معياري يعكس الكيفية التي ينظر بها الطفل لنفسه، ودرجة تقديره لها، وبالتالي فهو شبيه بمقياس مفهوم الذات، ويستغرق تطبيق هذا الاختبار حوالي ٣٠ دقيقة، وهو مناسب للأطفال فيما بين ٧ – ١٨ سنة.

٩- قياس المهارات الاجتماعية

يمكننا قياس المهارات الاجتماعية عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل الاجتماعي إضافة إلى مقاييس المهارات الاجتماعية، التي منها:

أ- نظام تقدير المهارات الاجتماعية

The Social Skills Rating System

وهو يناسب الأطفال من سن ٣– ١٨ سنة، وهو يقوم على أساس تصنيف المعلومات التي نحصل عليها من كل من أولياء الأمور والمدرسين والطفل نفسه عن المهارات الاجتماعية، التي تتمثل في العلاقة بين المدرس والطفل، وتقبل الأقران، والأداء أو التحصيل الدراسي، ومشكلات الخجل، والحوار مع الآخرين، وتكوين الأصدقاء. ويتم تصنيف هذه المعلومات إلى خمسة سلوكيات اجتماعية إيجابية وهي:

- التعاون Cooperation
- الإصرار Assertion
- المسؤولية Responsibility
- التعاطف Empathy
- التحكم بالذات Self - control

ب- مقياس المشكلات السلوكية elacS ruoivaheB melborP

يقيس هذا المقياس السلوك الذي يتعارض مع إمكانية إقامة الطفل لعلاقات اجتماعية إيجابية مع الآخرين.

جـ- مقياس ولكر - ميكونيل للكفاءة الاجتماعية والتوافق المدرسي **Walker McConnell Scale of Social Competence and School Adjustment**

ويقيس هذا المقياس مهارات اجتماعية محددة تتطلب من المفحوص دراستها والتدرب عليها، وهو من نسختين، النسخة الأولى للأطفال في مرحلة الروضة حتى الصف السادس، وتشتمل على ثلاثة عناصر رئيسية وهي:

- السلوك الذي يرغبه المدرس.
- السلوك الذي يرغبه الأقران.
- سلوك التوافق الاجتماعي.

أما النسخة الثانية فتعرف بنسخة المراهقة وهي للطلاب من الصف السابع حتى الصف الثاني عشر، وتشمل هذه النسخة على أربعة عناصر رئيسية هي:

- التحكم بالذات.
- العلاقة بالأقران.
- التوافق المدرسي
- التعاطف.

يعتبر مقياس ولكر ميكونيل من المقاييس الهامة التي تستخدم للحصول

على معلومات عن مجالين من مجالات التوافق المدرسي وهما السلوك التكيفي داخل الفصل، والكفاءة الاجتماعية الشخصية. وهذان المجالان من أهم عوامل النجاح في المدرسة وفي النمو الاجتماعي بمفهومه الشامل.

١٠- قياس المهارات البصرية - المكانية

يعتبر مقياس منيسوتا لتشخيص الإدراك
The Minnesota Perception – Diagnostic Test

من أكثر المقاييس استخدامًا لقياس كل من الإدراك البصري والمهارات البصرية الحركية، وهو مناسب للأعمار ما بين ٥ إلى ١٤ سنة، ويمكن أن يزودنا بدرجات ونتائج لكل الأعمار بالإضافة إلى نسب الذكاء.

وتستخدم المعلومات التي نحصل عليها من هذا المقياس لاستنتاج المشكلات البصرية - الحركية، ومشكلات الإدراك البصري. وعلى الرغم من شيوع استخدام هذا المقياس، فإنه لا يصلح لقياس عمليات الإدراك البصري المعقدة، لهذا فقد اتجه كثير من المعالجين إلى استبدال مقياس آخر به، وهو مقياس الإدراك الحركي - البصري المعدل Motor-Visual Perception Test – Revised، حيث يزودنا هذا المقياس بتفاصيل وتحليلات كثيرة متعلقة بالمهارات البصرية المكانية، وهو مناسب للأطفال فيما بين ٤ إلى ١١ سنة، حيث يقيس خمسة مجالات من الإدراك البصري وهي:

أ. العلاقات المكانية Spatial Relationships

ب. التمييز البصري Visual Discrimination

ت. الشكل والأرضية Figure – Grsund

ث.الإغلاق البصري Visual Closure

ج.الذاكرة البصرية Visual Memory

كذلك فلقد تم تطوير اختبار جوردن المعدل للتحول من اليمين إلى اليسار عام ١٩٩٠ Jordon Left-Right Reversal Test-Revised، ويساعد هذا المقياس على تقييم قدرة الطفل على الاستمرار في أداء الواجب وذلك عن طريق قلب الحروف والأرقام وإبرازها إما منفردة أو ضمن محتوى كلمة أو جملة، وهو مناسب للأطفال فيما بين ٥ إلى ١٢ سنة.

١١- قياس المهارات اللغوية

يعتبر مقياس النمو اللغوي في المرحلة الابتدائية Test of Language Development – Primary من أفضل المقاييس المستخدمة للتقييم الشامل للنمو اللغوي للأطفال من سن ٤ إلى ٨ سنوات و١١ شهرًا، ويشتمل هذا المقياس على تسعة اختبارات فرعية كل اختبار منها يقيس مجموعة معينة من المفردات:

- اختبار استخدام المفردات للتعبير عن الصورة.
- اختبار الربط بين المفردات ذات العلاقة المشتركة.
- اختبار تكوين الجملة.
- اختبار فهم القواعد.
- اختبار تكملة قواعد الجملة.
- اختبار نطق الكلمة.
- اختبار تحليل صوتيات اللغة.

- اختبار التمييز بين الكلمات.
- اختبار القدرة على التواصل اللفظي.

أما المقياس الثاني الذي يستخدم لقياس النمو اللغوي فهو مقياس النمو اللغوي في المرحلة المتوسطة:

Test of Language Development – Intermediate

وهو مناسب للأطفال من سن ٨ سنوات إلى ١٢ سنة و١١ شهرًا، وهو يشتمل على خمسة اختبارات فرعية تقيس عناصر مختلفة للغة المنطوقة وهي:

- اختبار المفاهيم العامة (العلاقات المجردة واستخدام الألفاظ).
- اختبار تصحيح الجمل.
- اختبار استخدام المفردات للتعبير عن الصورة.
- اختبار ربط الجمل بضعها ببعض.
- اختبار ربط الكلمات والفهم اللغوي.

وجميع هذه الاختبارات الخمسة تقيس جوانب مختلفة لبناء الجملة، ويستغرق تطبيق هذا الاختبار حوالي ٤٠ دقيقة، ويتم تطبيقه فرديا، ويزودنا برسومات بيانية توضح جوانب القوة وجوانب الضعف في لغة المفحوص، كذلك يساعد هذا الاختبار على تحليل خصائص اللغة المرسلة واللغة المستقبلة عند المفحوص.

إضافة إلى ذلك فإن العديد من المعالجين يستخدمون اختبار بيبودي للصور والمفردات – الطبعة الثالثة Peabody Picture Vocabulary Test – III وهو مناسب للأعمار فيما بين سنتين ونصف سنة إلى ٨٥ سنة، ويطبق فرديًا

ويستغرق تطبيقه حوالي ٣٠ دقيقة، وهو يختص بقياس اللغة المرسلة واللغة المستقبلة بالإضافة إلى قياس القدرة على استرجاع الكلمات.

١٢- قياس السلوك والانفعالات

ويتم عن طريق مجموعة من المقاييس أهمها:

أولا: قوائم تحديد سلوك الطفل:

Child Behaviour Checklist (CBCL)

تعتبر من أفضل المقاييس التي تحدد المشكلات السلوكية عند الأطفال في الأعمار ما بين ٤ إلى ١٨ سنة، ويتوافر هذا القياس في ثلاثة نماذج مختلفة هي:

- النموذج الخاص بأولياء الأمور، ويستغرق تطبيقه ٢٠ دقيقة.
- النموذج الخاص بالمدرسين وهو للأطفال فيما بين ٦ إلى ١٨ سنة.
- نموذج التقرير الذاتي للمراهقين فيما بين ١١ سنة إلى ١٨ سنة.

ثانيا: مقياس الكفاءة الاجتماعية Social Competence Scale

يشتمل مقياس الكفاءة الاجتماعية على مجموعة من الأنشطة الاجتماعية والأنشطة المدرسية حيث يتم تحديد طبيعة سلوك الفرد من خلال طبيعة تعامله مع هذه الأنشطة.

ثالثا: مقياس المشكلات السلوكية Behaviour Problem Scale

يتكون هذا المقياس من ثلاث مجموعات من المشكلات:

١- المشكلات السلوكية التي ترتبط بأسباب داخلية خاصة بالفرد.

٢- المشكلات السلوكية التي ترتبط بأسباب خارجية تتمثل في المدرسة والمجتمع والمنزل.

٣- المشكلات السلوكية التي لا ترتبط بالأسباب الداخلية ولا الأسباب الخارجية.

رابعاً: مقياس المدرس Teacher's Scale

يستخدم مقياس المدرس للحصول على معلومات مرتبطة بالسلوك التكيفي للطفل داخل الفصل، ويشتمل على عدة عناصر أهمها:

١- عدم القدرة على تكوين علاقات مع الزملاء.
٢- عدم تركيز الانتباه.
٣- العصبية والنشاط الحركي المفرط.
٤- القلق
٥- الانسحاب الاجتماعي
٦- القابلية للإلهاء وشرود الذهن.
٧- الاستحواذ
٨- العدوانية.

خامسا: التقرير الذاتي Self Report

يتم من خلال هذا التقرير الحصول على مجموعتين من المعلومات، المجموعة الأولى متعلقة بالكفاءة الاجتماعية والمجموعة الثانية متعلقة بالمشكلات السلوكية.

سادسا: استبيان الشخصية للأطفال

The Personality Inventory for Children (PIC)

يقوم أولياء الأمور بالإجابة على هذا الاستبيان، ومن هذه الإجابة نستطيع أن نحصل على معلومات مفصلة عن خصائص شخصية الطفل، وهو مناسب للأطفال فيما بين ٦ سنوات إلى ١٢ سنة. وقد كانت تحتوي النسخة الأصلية لهذا الاستبيان على ٦٠٠ عنصر. ولكن نظرا للصعوبة التي كان يواجهها أولياء الأمور في الإجابة عليه في مدة ساعتين فقد تم اختصاره إلى ٢٨٠ عنصرا.

أساليب أخرى للتشخيص

بالإضافة إلى مجموعة الاختبارات والمقاييس التي تستخدم في القياس والتشخيص النفس عصبي، فإن الكثير من المعالجين والمختصين يستخدمون العديد من الأجهزة والأدوات التي تساعد في تشخيص اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، ومن أهم هذه الأساليب:

١- جهاز تشخيص عسر القراءة
The Dyslexia Screening Insturment

يستخدم جهاز تشخيص عسر القراءة كجهاز مساعد لبطاريات الاختبار خاصة عندما يشك المعالج في وجود مشكلات أو صعوبات في القراءة لدى المفحوص.

ويساعد هذا الجهاز مدرس الفصل على تصنيف ملاحظاته عن الطفل داخل الفصل إلى ٣٣ عنصرا، ويتم تحديد الدرجة النهائية بواسطة جهاز الكمبيوتر، ويناسب هذا الجهاز الطلاب فيما بين ٦ سنوات إلى ٢١ سنة.

٢- مقياس التكهن بنجاح الدمج
Predicting Successful Inclusion

وقد تم تطوير هذا المقياس حديثا، حيث يقوم بالتكهن بما إذا كان الطالب الذي يعاني من إعاقة معينة سوف ينجح في الدراسة والتكيف مع الطلاب العاديين في التعليم العام. ويناسب هذا المقياس الطلاب فيما بين ٥ إلى ١٨ سنة وهو يرتكز على أربعة عناصر رئيسية مرتبطة بالتوافق والتكيف المدرسي، وهي:

- عادات العمل.
- مهارات الاندماج والتقبل.
- العلاقات مع الأقران.
- النضج الانفعالي.

وتمثل هذه العناصر الأربعة السلوك الرئيسي اللازم لنجاح عملية الدمج في

المدارس العادية، وتتم الإجابة على أسئلة هذا المقياس إما بواسطة المدرس، أو ولي الأمر، أو بواسطة من له علاقة ومعرفة بالطفل.

٣- بطارية الاختبارات العصبية النفسية Neuropsychological

تعتبر هذه البطارية من الأدوات الشاملة في تشخيص النمو العصبي النفسي عند الأطفال من سن ٣ سنوات إلى ١٢ سنة، وهي تنقسم إلى خمسة أبعاد رئيسية هي:

- الانتباه.
- اللغة.
- الإحساس الحركي.
- أداء الذاكرة.

وتستخدم بطارية الاختبارات العصبية النفسية مع الأطفال الذين تم تشخيصهم على أنهم يعانون من إصابات أو أورام في الدماغ، والأطفال الذين يسترسلون في التخيل (الاجتراريين) Autistic والأطفال الذين يعانون من اضطرابات اللغة والكلام. ولقد تم تقنين هذه البطارية على عينة من ألف طفل ويتراوح زمن تطبيقه على أطفال ما قبل المدرسة ما بين ساعة إلى ساعتين ونصف ساعة.

٤- مقاييس التقدير Rating Scales

توجد العديد من مقاييس التقدير التي تستخدم للتعرف على اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وسنتعرض هنا لأربعة من هذه المقاييس وهي:

- مقاييس تقدير أولياء الأمور.
- مقاييس تقدير المدرس.
- مقاييس التقرير الذاتي
- مقاييس التقدير المختلطة.

أولا: مقياس تقدير أولياء الأمور Parents Rating Scale

يعتبر مقياس كونر – المعدل لتقدير أولياء الأمور Conner's Parents Rating Scale – Revised (CPRS-R) من أكثر المقاييس شمولية، وهو يصلح للأطفال فيما بين ٣ سنوات و١٧ سنة، وهو ثمرة ٣٠ سنة من البحث والتطوير، ويشتمل على ثمانية مقاييس رئيسية إضافة إلى قائمتين تستخدمان للتمييز بين الأطفال العاديين والأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، والمقاييس الثمانية هي:

١- مقياس المقابلة أو المعارضة.

٢- مقياس المشكلات المعرفية.

٣- مقياس الحركة المفرطة والاندفاع.

٤- مقياس القلق والخجل.

٥- مقياس الإتقان.

٦- مقياس المشكلات الاجتماعية.

٧- مقياس الاضطرابات النفسية.

٨- مقياس أعراض الاضطرابات العقلية التي وردت في دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية – الطبعة الرابعة، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

ثانيا: مقاييس تقدير المدرسين Teachers Rating Scales

توجد مجموعة من المقاييس التي تستخدم للحصول على تقديرات المدرسين وأهمها:

١- مقياس كونر المعدل لتقدير المدرسين

The Conner's Teachers Rating Scale - Revised

ويحتوي هذا المقياس على ٥٩ عنصرا مشابها للعناصر التي يشتمل عليها مقياس تقدير أولياء الأمور إضافة إلى مقياس إضافي وهو لقياس الجوانب النفس جسمية. وقد تم تقنين هذا المقياس على عينة من ألفي مدرس للأطفال الذين تتراوح أعمارهم فيما بين ٣ سنوات إلى ١٧ سنة.

٢- مقياس سبادافورد لتقدير قصور الانتباه والحركة المفرطة Spadaford – ADHD Rating Scale

ولقد تم تطوير هذا المقياس حديثا، وقد قنن على عينة من ٧٦٠ طالبا، ويستخدم مع مدرسي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ سنوات إلى ١٩ سنة. ويستخدم لتشخيص حالات قصور الانتباه والحركة المفرطة إضافة إلى الكشف عن درجة شدة المشكلات السلوكية. ويحتوي على ٥٠ عنصرا لتقدير سلوك الاندفاع والحركة المفرطة والانتباه والتوافق الاجتماعي، بالإضافة إلى ٩ عناصر تستخدم كدليل على وجود قصور الانتباه والحركة المفرطة. وتشتمل هذه العناصر التسعة (الدليل) على المعايير التي تستخدم لتقدير الزمن المستغرق في

سلوك الانشغال عن أداء الواجب والزمن المستغرق في أداء الواجب.

٣- مقياس تقدير المدرسين الشامل لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة The ADHD Comprehensive Teachers Rating Scale (ACTRS).

ويتكون هذا المقياس من ٢٤ عنصرا وأربعة مقاييس رئيسية لقياس الانتباه والنشاط الحركي المفرط والمهارات الاجتماعية والسلوك المخالف.

ويزودنا هذا المقياس بمعايير ونتائج منفصلة للأولاد وللبنات، وهو مناسب للأطفال من سن ٥ سنوات إلى ١٣ سنة.

ثالثا: تقديرات التقرير الذاتي Self – Report Ratings

يعتبر مقياس كونر للتقرير الذاتي للمراهقين The Conner's Adolescents Self-Report Scale من أكثر مقاييس التقرير الذاتي المستخدمة لتقدير اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، ويتكون هذا المقياس من ٨٧ عنصرا ضمن مجموعة المقاييس الفرعية التالية:

- مقياس المشكلات العائلية.
- مقياس التحكم بالغضب.
- مقياس الأعراض التي يشتمل عليها دليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات العقلية – الطبعة الرابعة.
- مقياس المشكلات الانفعالية.
- مقياس مشكلات التعرف.
- مقياس المشكلات العقلية.

• مقياس الحركة المفرطة والاندفاع.

ولقد تم تطوير نسخة مختصرة لهذا المقياس تحتوي على ٢٧ عنصرا ضمن أربعة من المقاييس الأساسية وهي:

• مقياس الحركة المفرطة والاندفاع.
• مقياس المشكلات العقلية.
• مقياس مشكلات التصرف.
• مقياس المشكلات الانفعالية

رابعا: مقاييس التقدير المختلطة Combined Rating Scales

يعتبر مقياس تقييم سلوك الأطفال

The Behavioural Assessment System for Children

من المقاييس المختلطة التي يشترك في أدائها مجموعة من المقدرين مثل المدرسين وأولياء الأمور والطلاب. وقد تم تقنينه على عينة مختلطة تقدر بحوالي عشرة آلاف طفل وألفي مدرس وأكثر من ثلاثة آلاف ولي أمر، ويزودنا هذا المقياس بمعلومات عن الجانب السلوكي والعقلي والانفعالي للمفحوص.

يقسم الجزء الخاص بتقدير المدرسين إلى ثلاث مجموعات عمرية:

• المجموعة الأولى: من سن ٤ سنوات إلى ٥ سنوات (مرحلة الطفولة المبكرة).
• المجموعة الثانية: من سن ٦ سنوات إلى ١١ سنة (مرحلة الطفولة المتقدمة).
• المجموعة الثالثة: من سن ١٢ سنة إلى ١٨ سنة (مرحلة المراهقة).

ويستغرق تطبيق كل مجموعة ما بين ١٠ إلى ٢٠ دقيقة ويزودنا بمعلومات

عن أربعة أبعاد من المشكلات هي:

١- المشكلات المرتبطة بالعوامل الخارجية المحيطة بالمفحوص.
٢- المشكلات المرتبطة بالعوامل الداخلية الخاصة بالمفحوص.
٣- المشكلات المرتبطة بالمدرسة.
٤- المشكلات المرتبطة بالتكيف.

أما الجزء الخاص بتقدير أولياء الأمور فينقسم إلى نفس المجموعات العمرية الثلاث السابقة. ويزودنا بمعلومات عن أربعة أبعاد من المشكلات هي نفس الأبعاد الخاصة بتقدير المدرسين فيما عدا البعد الخاص بالمشكلات المدرسية، فقد استبدلت به مشكلات التعلم.

أما الجزء الثالث، وهو الخاص بالتقدير الذاتي للشخصية، فينقسم إلى فئتين عمريتين:

- الفئة الأولى: من ٨ سنوات إلى ١١ سنة.
- الفئة الثانية: من ١٢ سنة إل ١٨ سنة.

ويحتوي على أربعة مقاييس أساسية هي:

١- مقياس سوء التوافق المدرسي.
٢- مقياس سوء التوافق الطبي والعلاجي.
٣- التوافق الشخصي
٤- دليل الأمراض الانفعالية.

ويستغرق تطبيق هذا النموذج حوالي ٣٠ دقيقة.

إجراءات التشخيص

يوضح الشكل رقم (٢) الخطوات المتتابعة لعملية التشخيص، التي عن طريقها نستطيع أن نحصل على تقييم شامل وواضح لمشكلات الطفل سواء في المدرسة أو في البيت أو في بيئته الاجتماعية. بعد أن يتم تحديد طبيعة مشكلة الطفل ومظاهرها وأبعادها تتم صياغة برنامج علاجي شامل لهذه المشكلة.

قد تكون هناك واحدة أو أكثر من المشكلات التي يعانيها الطفل والتي قد يكون لها تأثير كبير على تحصيله الدراسي وعلى سلوكه في المدرسة، وربما أيضا على سلوكه خارج المدرسة.

إن الهدف الأساسي من عملية التشخيص هو تصنيف هذه المشكلات من حيث عدد التكرارات وحدتها، فتصنف إلى مشكلات ثانوية ومشكلات أولية أو أساسية، إن هذا التصنيف يعطي للمعالج صورة شاملة عن جوانب القوة وجوانب الضعف لدى الطفل وبالتالي يراعى ذلك عند تصميم البرنامج العلاجي الخاص بهذا الطفل:

١- تبدأ إجراءات التشخيص بحصول المعالج على معلومات عن حالة الطفل من مصادر متعددة تشتمل على أولياء الأمور والمدرسين ومن الطفل نفسه، إضافة إلى السجلات الطبية والنفسية والاجتماعية ونماذج التقدير التي تزودنا بمعلومات هامة عن حالة الطفل، فهي تشتمل على التاريخ الطبي أو الصحي للطفل (إصابته بالأمراض أو الصرع أو التهابات الدماغ وأنواع الأدوية التي تعاطاها). وعلى مراحل نموه، وتاريخ الأسرة الصحي (احتمال وجود

اضطرابات وراثية)، والتاريخ الدراسي. إن جميع هذه المعلومات تعتبر هامة للتعرف على طبيعة المشكلة التي يعانيها الطفل، وهي تساعد أيضا على فرض الفروض حول أسباب هذه المشكلة.

بعد عملية جمع المعلومات يتم تطبيق بعض الاختبارات على الطفل، ثم يتم دمج هذه المعلومات بنتائج الاختبارات، مما يساعد المعالج على تكوين صورة واضحة لمشكلة الطفل.

٢- تعتبر المعلومات التي يحصل عليها من التقرير الذاتي من المقابلة المباشرة مع الطفل من الإجراءات الهامة في تشخيص الأطفال كبار السن أو المراهقين، فكلما كبر الأطفال ازدادت قدرتهم على الإدلاء بمعلومات أكثر أهمية وأكثر وضوحا فيما يتعلق بسلوكهم، كذلك فإن الملاحظة المباشرة خلال فترة تطبيق الاختبار تزودنا بمعلومات هامة عن كيفية تعامل الطفل مع الواجبات البسيطة أو المركبة، إضافة إلى التعرف على المشكلات البصرية أو السمعية التي قد يعانيها الطفل، كما يمكن للمعالج المتمرس أن يستخلص من ملاحظاته أثناء عملية تطبيق الاختبارات معلومات متعلقة بالنضج العام ومفهوم الذات والاتجاهات نحو الواجبات المدرسية، ومشكلات التوافق ومستوى التيقظ ومشكلات الجهاز العصبي.

٣- إن تشخيص المظاهر السلوكية والانفعالية للطفل من شأنه أن يلقي الضوء عما إذا كانت المشكلات ذات مظاهر خارجية مثل العدوانية واضطرابات التصرف والتحدي، أو ذات مظاهر داخلية مثل القلق والاكتئاب والوسوسة الزائدة.

٤- في معظم الحـالات، بعـد تطبيـق التشـخيص الشـامل، نجـد أن الطفـل لا يعاني من مشكلة واحدة محددة بل من عـدة مشـكلات قـد تكـون متداخلـة أو مرتبطة مع بعضها البعض، لهذا ففي مثل هذه الحالة لابد من وضـع برنـامج علاجي متعدد الأوجه ليواجه التداخل في المشكلات.

٥- عند تفسير نتائج الاختبارات التي أجريـت علـى الطفـل يجـب أن يؤخـذ بعين الاعتبار تاريخ النمو والتشخيص الطبي والتاريخ الطبي للأسرة والعـلاج أو الأدوية التي تعاطاها، كما يجب الأخذ بالاعتبار الحقائق الأربع التالية:

أولا: علـى الرغـم مـن دافعيـة الطفـل لأداء الاختبـار، فإنـه يواجـه ببعـض الإحباطات نتيجة لصعوبة تعامله مـع إجـراءات الاختبـارات المكتوبـة وكذلـك نتيجة للشعور بالإجهاد أو القلق.

ثانيا: على الرغم من أن جوانب قصور الطفل قد تكـون بسيطة أو متوسطة في شدتها فإن اجتماعها معا يؤدي إلى صعوبة التعامل معها.

ثالثا: عندما يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من قصور وظيفي طفيف في القطـاع الأمامي للدماغ، فإن هذا تنتج عنه أنماط سـلوكية مشـابهة لتلـك الناتجـة عـن اضطرابات قصور الانتباه، وعلى الرغم من أن الطفل قد لا يعاني من مشـكلات كبيرة في التحصيل الدراسي في بداية حياته المدرسية، فإن المشكلة تزداد تفاقما كلما تقدم في الصفوف الدراسية.

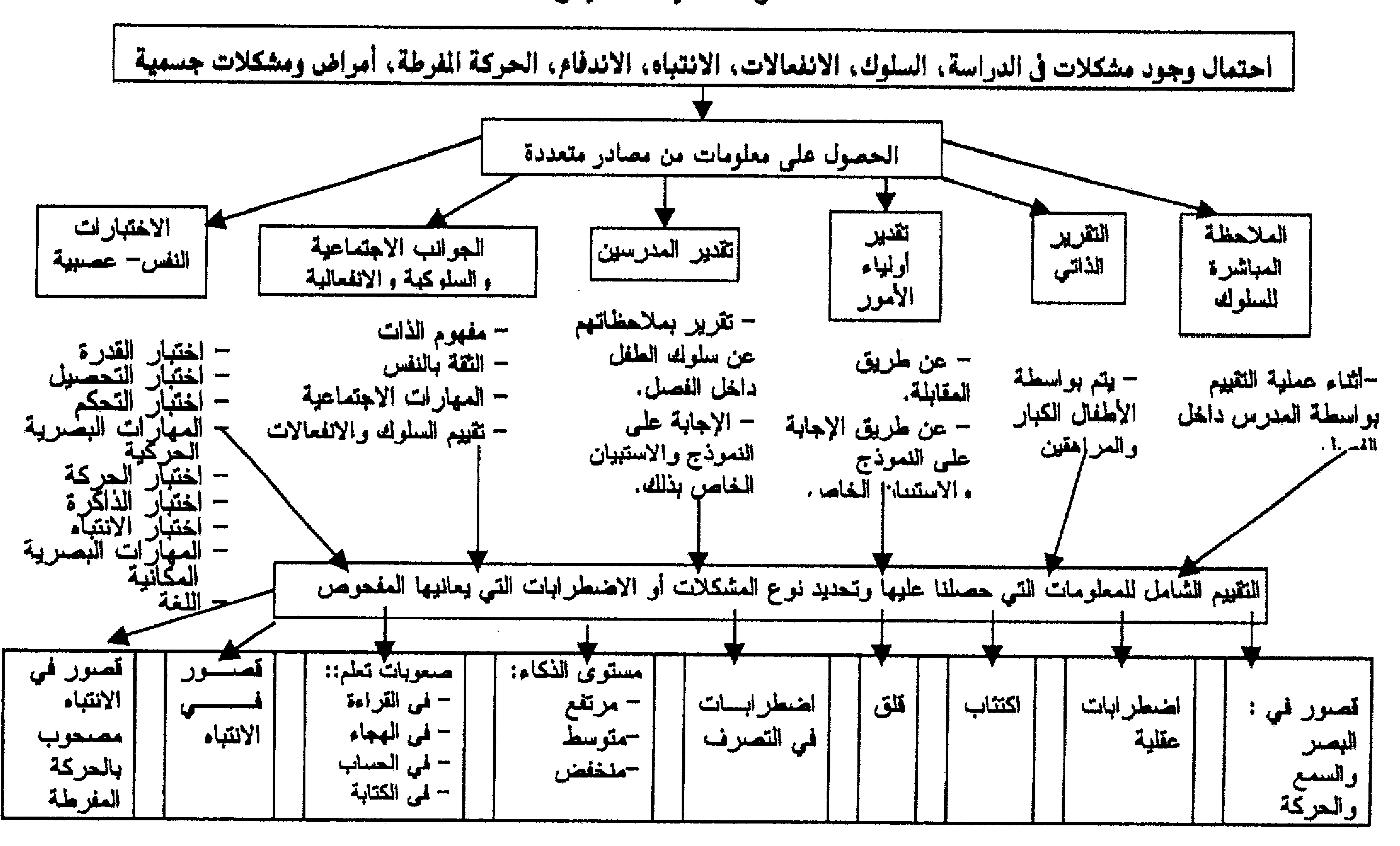
رابعا: إن اجتماع مشكلات الانتباه مع الاندفـاع والحركـة المفرطـة إضافـة إلى قصور العمليات البصرية وبـطء الاسـتجابة الحركيـة يجعـل مـن الصعـب علـى

الطفل التحصيل بصورة ملائمة داخل الفصل. كذلك فإن تراكم خبرات الفشل والإحباط والقلق يؤدي إلى العنف والاكتئاب وانخفاض مفهوم الذات والثقة بالنفس.

والشكل رقم (٣) يبين نموذجا مبسطا للخطة العلاجية التي يضعها المعالج أو المشرف على الحالة حيث يبين فيها نوع المشكلة والأداة التي تستخدم للعلاج أو للتعامل مع المشكلة، ثم الأسلوب الذي يتم عن طريقه الحكم على نجاح أو عدم نجاح هذه الخطة.

شكل رقم (٢)

خطوات عملية التشخيص



الخطة العلاجية

المشكلة	الوسيلة أو الأداء	أساليب تقييم النتائج
١- التحكم في الذات	١- تحسين التحكم في الاندفاع باستخدام أساليب سلوكية ومعرفية ٢- تحسين التحكم في الذات بأنشطة الاسترخاء. ٣- استخدام التعزيزات لكبح السلوك.	١- تقديرات أولياء الأمور والمدرسين. ٢- الملاحظات المباشرة للسلوك. ٣- نتائج اختبارات التحكم في السلوك
٢- مهارات الانتباه	١- اتباع نظام دوائي. ٢- تمارين تنشيط الانتباه ٣- التعزيز المباشر لأي تحسن في الانتباه.	١- الملاحظات المباشرة للسلوك. ٢- تقديرات أولياء الأمور والمدرسين. ٣- نتائج اختبارات الانتباه.
٣- التحكم في الغضب	١-استخدام اللعب كوسيلة لتنمية مهارات التحكم في الغضب. ٢-تدريبات الاسترخاء. ٣-استخدام أساليب ناجحة للتعامل مع الإخفاق والفشل.	١- تقديرات أولياء الأمور والمدرسين. ٢- اختبار تقدير الذات. ٣- الملاحظات السلوكية المباشرة. ٤- الاختبارات النفسية المناسبة.
٤- مفهوم الذات والثقة بالنفس.	١-العلاج السلوكي واستخدام المعززات المباشرة. ٢-تنمية الثقة بالنفس عن طريق أساليب الخطابة والإلقاء. ٣-استخدام اللعب في تنمية المهارات الرياضية.	١- الملاحظات السلوكية المباشرة. ٢- تقديرات أولياء الأمور والمدرسين. ٣- نتائج اختبارات مفهوم الذات والثقة بالنفس.
٥- معارضة القواعد واللوائح المعمول بها داخل المنزل	١- التدريب على القواعد والتوقعات داخل المنزل. ٢- توضيح سلبية سلوك المعارضة. ٣- توضح أهمية السلوك المراد تعلمه.	١- الملاحظات السلوكية المباشرة. ٢- تقديرات أولياء الأمور. ٣- الأداء في الاختبارات النفسية
٦- تكملة الواجب المطلوب.	١- التعريف بأهمية أداء الواجبات. ٢- التدريب على الاستمرار في أداء الواجب. ٣- التدرج في مستوى الصعوبة.	١- تقديرات المدرسين وأولياء الأمور. ٢- الأداء في اختبارات التحصيل. ٣- الأداء في الاختبارات النفسية.
٧- صعوبة الانصياع للأوامر والتعليمات	١- تنمية السلوك التعاوني. ٢- التعزيز السلبي لعدم الانصياع للأوامر والتعليمات.	١- تقديرات أولياء الأمور والمدرسين. ٢- ملاحظة السلوك. ٣- الأداء في الاختبارات النفسية.

(شكل رقم ٣) نموذج مبسط للخطة العلاجية

الفصل الرابع

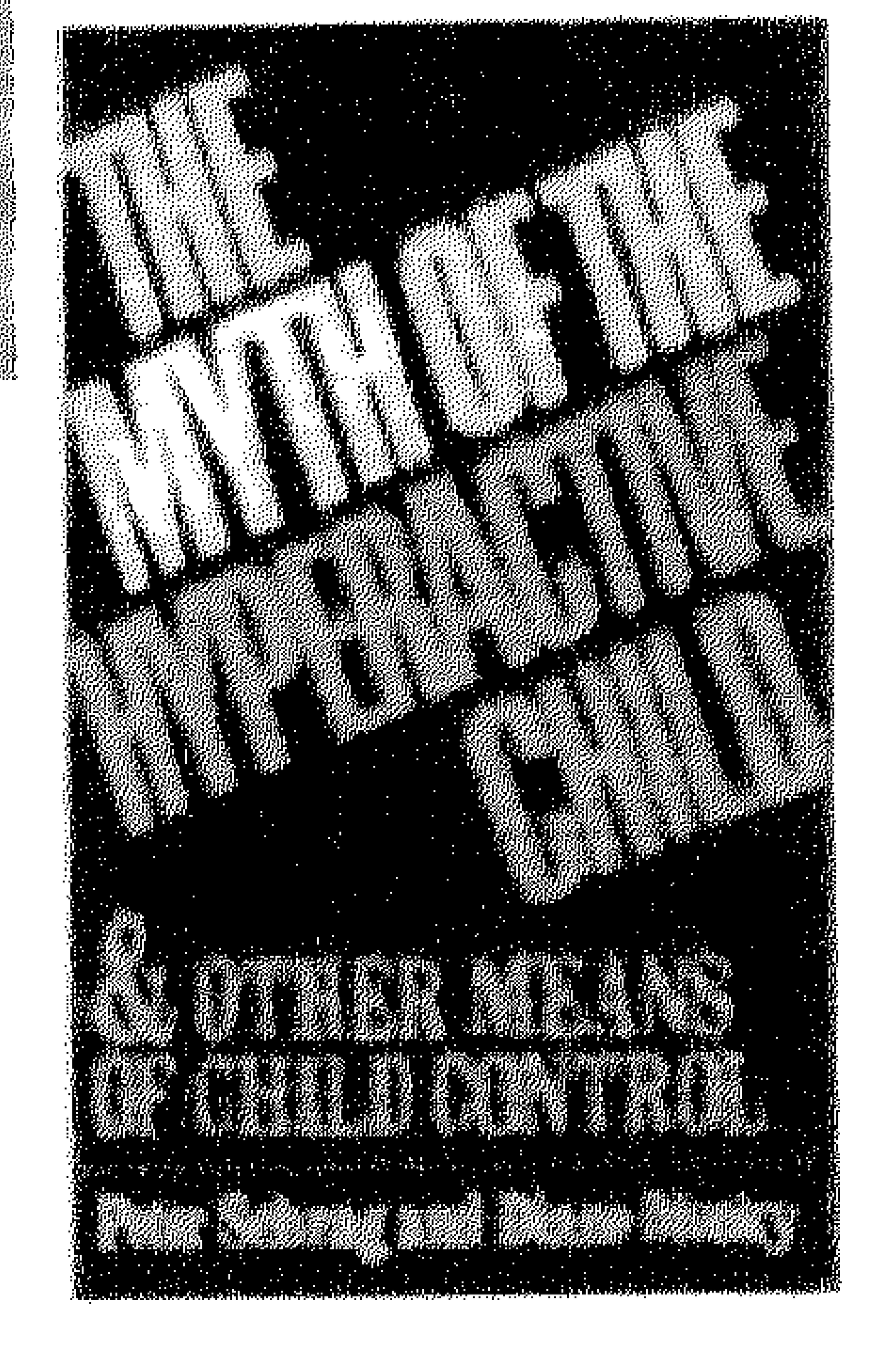
استخدام الدواء فى علاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

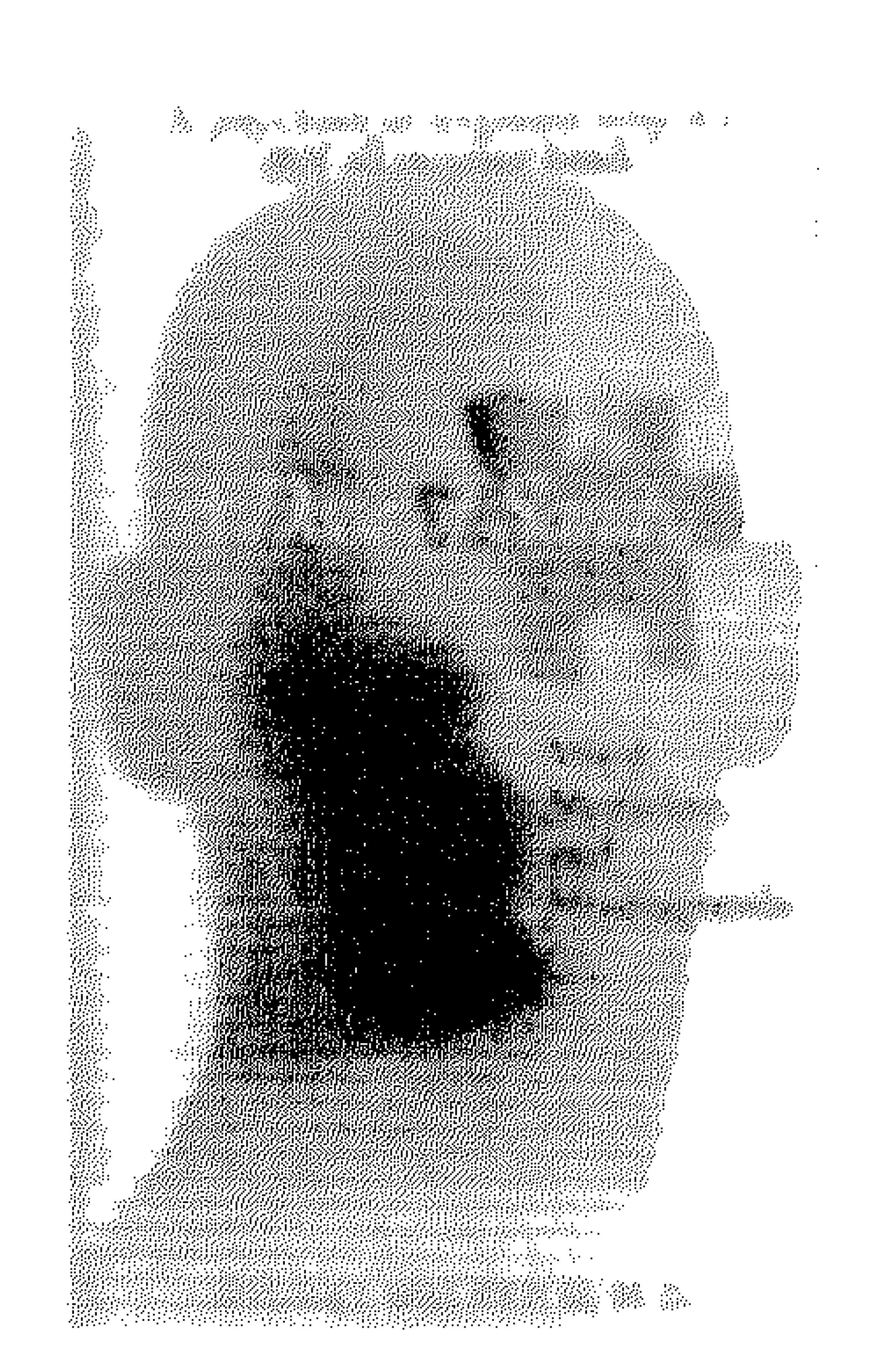
❊❊❊

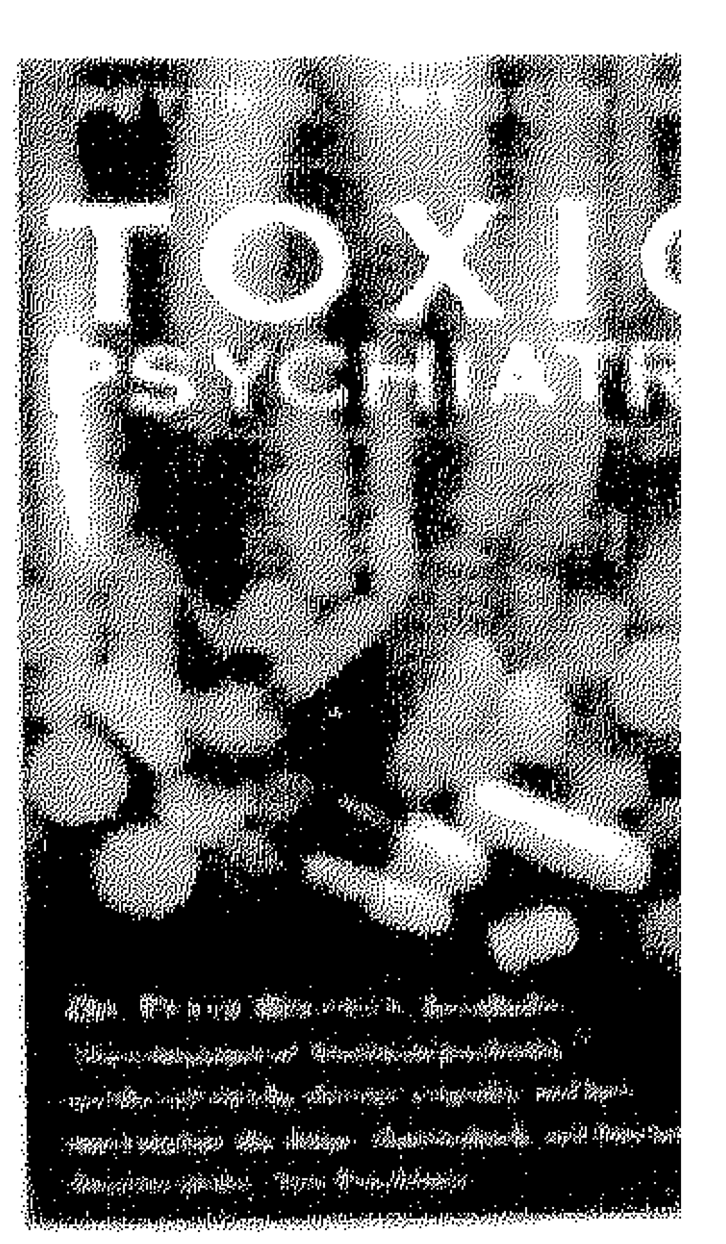
* تقديم حول أهمية الدواء.
* التأثير الجانبى للأدوية المنشطة.
* القرار باستخدام الأدوية المنشطة.
* اختيار نوع الدواء.
* كيفية إعطاء الدواء.
* مراقبة الدواء.
* مدة العلاج بالأدوية المنشطة.
* بعض العوامل التى تؤثر على فاعلية الأدوية المنشطة.
* استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب كبديل للأدوية المنشطة.
* ما يجب مراعاته عند استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب.
* أهم أنواع أدوية الاكتئاب.
* استخدام الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم كبديل للأدوية المنشطة.
* أدوية لا زالت قيد البحث والتجريب.
* ما يجب أن يعرفه الطفل عن الدواء.
* ما يجب أن يعرفه أولياء الأمور عن الدواء
* ما يجب أن يعرفه المدرسون عن الدواء.


PSYCHIATRY
THE ULTIMATE
BETRAYAL


The Myth
of the A.D.D. Child


THE
MYTH OF THE
HYPERACTIVE
CHILD
& OTHER MEANS
OF CHILD CONTROL
Peter Schrag and Diane Divoky




TOXI
PSYCHIATR

الفصل الرابع

استخدام الدواء في علاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

تقديم حول أهمية الدواء:

في عام ١٩٣٧ تم اكتشاف بعض الأدوية المنشطة التي تساعد على اليقظة والانتباه، ولكن لم تستخدم هذه الأدوية لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة إلا في عام ١٩٥٧ عندما اكتشف عقار الميثولفينديت (ريتالين) Methylphinidate (Ritalin). لقد أشارت العديد من الدراسات التي أجريت حول هذا العقار إلى أنه آمن وأن نتائجه فعالة في نفس الوقت. ولقد تعرض هذا العقار في بداية الأمر لهجوم شديد من الإعلام في نهاية الثمانينيات. ولقد قادت هذا الهجوم كنيسة سينتولوجي في أمريكا Church of Scientology ولكن هذا العقار نجح في الوقوف أمام هذه الهجمات الإعلامية وانتشر تداوله بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

لقد أشاعت الدعاية المضادة لعقار الريتالين (ميثولفينديت) أنه يسبب تلفا في الدماغ، وارتفاعا في ضغط الدم، ويؤدي إلى تشتت وارتباك، وإلى اضطرابات انفعالية وصرع وتوتر واكتئاب قد يؤدي إلى الانتحار، ولقد أدت هذه الشائعات إلى انتشار الذعر في بداية الأمر بين أولياء أمور الأطفال الذي يتعاطون هذا العقار، إلا أن التقارير الطبية عن نتائج البحوث حول هذا العقار أفادت بأنه مأمون الجانب وأن ما أشيع عن مضار هذا العقار لا صحة له. ولقد

زاد من ثقة أولياء الأمور بهذه التقارير الطبية ما أكـده المدرسـون والإخصـائيون النفسيون من نتائج مبهرة لهذا العقار خاصة فيما يتعلق بالتعامل مع المشكلات السلوكية داخل الفصل.

لقد أشار كل من دي بول وستونر (١٩٩٤) Du Paul and Stoner إلى أن حوالي سبعمائة وخمسين ألف طفل في المرحلة الابتدائية في الولايات المتحدة الأمريكية يتعاطون هذا العقار المنشط أو المنبه، وأضافا أن نسبة من يتعاطون هذا العقار تقل في المرحلة المتوسطة والمرحلة الثانوية.

لقد لاحظ ميلر ١٩٩٦ Miller من مراجعته لأكثر من ١٥٥ دراسة أجريت على أكثر من ٥٠٠٠ (خمسة آلاف) طفل من ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة يعالَجون بالأدوية المنشطة أن فاعلية هذه الأدوية تتراوح بين ٦٠٪ و٩٠٪ بمتوسط ٧٥٪، وأن نسبة الفاعلية لهذا الدواء عند الأطفال الذين يعانون فقط من قصور في الانتباه غير مصحوب بالحركة المفرطة تتراوح فيما بين ٥٥–٦٥٪ أي بمتوسط ٦٠٪.

بوجه عام، فإن هذه الأدوية المنشطة أو المنبهة تقلل من درجة التوتر والتهيج، وتساعد الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة على الاستمرار في العمل وأداء الواجب، وبالتالي فهي تساعد على تحسن الأداء العام داخل الفصل.

لقد أشار باركلي ١٩٩٦ Barkley إلى أن الأدوية المنشطة تساعد على زيادة قدرة الطفل على التعلم وعلى انخفاض درجة الاندفاع والسلوك

الفوضوي، إضافة إلى زيادة القدرة على التحكم في الحركة والسلوك العدواني، ومن فوائدها أيضًا تحسين علاقة الفرد مع نفسه عن طريق تحسين مفهوم الذات وزيادة الثقة بالنفس، وأضاف أيضًا أن الهدوء العام يسود تصرفات الطفل الذي يتعاطى هذه المنبهات إضافة إلى زيادة علاقاته الإيجابية مع الأقران وأفراد الأسرة والأقارب. لقد أظهرت الدراسات أن الأدوية المنشطة تساعد أيضًا الأطفال ذوي التخلف العقلي البسيط على زيادة القدرة على الانتباه والتركيز.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لا يوجد من بين جميع هذه الأدوية المنبهة أو المنشطة ما يساعد على الشفاء التام من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فهي جميعًا تساعد على تحسن الأداء الأكاديمي والاجتماعي داخل المدرسة وفي البيت، وعلى المدى البعيد فإن هذا سيؤدي إلى اكتساب المهارات اللازمة في المستقبل للنجاح في الحياة العملية، ولقد أثبتت الدراسات العديدة التي أجريت على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في الانتباه ومن الحركة المفرطة والذين تم علاجهم بهذه الأدوية المنشطة أنهم استطاعوا الانتهاء من الدراسة في المرحلة الثانوية مما أدى إلى انخفاض احتمالات الفشل في المستقبل.

إن درجة التحسن في أداء الطفل داخل الفصل لا تعتمد اعتمادًا كليًّا على استخدام الأدوية المنشطة ولكن تعتمد بدرجة كبيرة على نوع برنامج العلاج السلوكي المصاحب لتناول الأدوية، وعلى الفريق المعالج إقناع الطفل بأهمية هذا الدواء في تحسين أدائه داخل الفصل، فإذا ما اقتنع الطفل بذلك فإنه سوف يربط بين الدواء وبين تحسُّن الأداء داخل المدرسة وخارجها، كما يجب على

الفريق المعالج الاقتناع بأن تناول الدواء لا يؤدي إلى تعلم مهارات سواء داخل المدرسة أم خارجها، ولهذا فتناول الدواء يجب أن يصاحبه برامج سلوكية تساعد على تزويد الطفل بالمهارات التي يحتاج إلى استخدامها في حياته سواء في المدرسة أو في البيت أو في المجتمع أو العمل.

في بداية الأمر كان هناك تردد شديد في استخدام هذه الأدوية المنشطة خوفاً من إدمانها، ولكن هذا التردد قد تلاشى تمامًا بعد أن أثبتت الدراسات ما يلي:

أولا: أن جميع الأدوية المنشطة تستخدم في تنشيط وتحسين الانتباه وزيادة التركيز، وأنها لا تؤدي إلى الهروب من الواقع والغياب عن الوعي كما في حالة المخدرات.

ثانيا: أن درجة النشاط والتيقظ الذي تحدثه الأدوية المنشطة في الجهاز العصبي لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة تعتبر منخفضة نسبيًّا عن المعدل الطبيعي.

كذلك فقد انتشر القلق بين أولياء الأمور والمختصين حول احتمال انخفاض شهية الطفل للطعام وما يصاحبه من انخفاض في الوزن قد يؤثر على نمو الطفل الذي يتعاطى هذه الأدوية المنشطة، وقد يعتبر ذلك من المشكلات الرئيسية إذا تناول الطفل الدواء قبل أن يتناول الطعام، ولكن إذا ما كان هناك حرص على أن يتم تناول الدواء مع الطعام أو مباشرة بعد تناول الوجبة الغذائية، فإن هذا لن يصبح مشكلة على الإطلاق، فلقد أكدت الدراسات التي

أجريت حديثًا على الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة ممن يتناولون الأدوية المنشطة أن هذه الأدوية لا تؤثر على النمو، كذلك فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن تناول الأدوية المنشطة يؤدي إلى تحسين سلوك تناول الطعام عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، فمن خصائص هؤلاء الأطفال عدم القدرة على الجلوس لفترة كافية على مائدة الطعام والتركيز أثناء تناول الطعام مما يؤثر سلبًا على كمية ونوعية الطعام الذي يتناولونه، وبالتالي قد يؤدي ذلك إلى نقص في الوزن، وبالتالي فإن هذا قد يؤثر على النمو العام، ولكن عندما يتناول هؤلاء الأطفال الأدوية المنشطة فإن هذا يساعدهم على الجلوس والتركيز على مائدة الطعام لفترة كافية تسمح لهم بتناول وجبة غذائية كاملة وشاملة مما يساعد على النمو السليم.

التأثير الجانبي للأدوية المنشطة:

على الرغم من الفوائد المتعددة للأدوية المنشطة، فإن لها بعض التأثيرات الجانبية التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند استخدامها مع الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، فقد تؤدي هذه الأدوية إلى الانسحاب الاجتماعي، وإلى زيادة زمن تركيز الانتباه، أو إلى الكسل والخمول والنعاس، أو إلى زيادة درجة التهيج والقلق والتوتر. إن هذه التأثيرات الجانبية غالبًا ما تظهر مع بداية استخدام الطفل للدواء أو عندما يتناوله بجرعات كبيرة، وفي جميع الأحوال فإن هذا التأثير الجانبي يمكن أن يزول تمامًا بعد ساعات قليلة من التوقف عن تناول الدواء، ويراعَى عند ملاحظة هذا التأثير الجانبي أن يقوم المعالج بتخفيض حجم جرعة الدواء أو استبدال بدواء منشط آخر به.

كذلك قد يعاني بعض الأطفال من صداع في الرأس بعد تناول الدواء، ولكن هذا قد يحدث بصورة مؤقتة، وقد يختفي تمامًا بعد انقضاء فترة على تناول الدواء، ولكن إذا ما استمر هذا الصداع وتكرر لفترات طويلة فإن من الضروري تغيير الدواء. وقد تظهر لدى بعض الأطفال مشكلات وآلام في المعدة، ولكن هذه المشكلات من شأنها أن تزول إذا ما تم تناول الدواء مع الطعام، وأيضًا إذا ما استمرت هذه الآلام حتى بعد التأكد من أن الطفل يتناول الدواء مع الطعام، فإنه لا بد من إعادة النظر في كمية الجرعة الدوائية أو تغيير الدواء.

لقد أصدرت أكاديمية طب الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية Academy of Pediatrics عام ١٩٧٦ بيانًا عن الأدوية المنشطة، جاء فيه:

"توصف الأدوية المنشطة للأطفال عندما تكون هناك صعوبات أو مشكلات واضحة تؤثر على تحصيلهم وأدائهم المدرسي، إضافة إلى تأثيرها على توافقهم الاجتماعي والسلوكي، إن هذه المشكلات والصعوبات قد تؤدي إلى الرسوب والفشل في الدراسة، وعدم القدرة على الوصول بالأداء إلى ما يتفق مع الإمكانيات والقدرات الكامنة في الطفل، مما يؤدي إلى انخفاض الثقة بالنفس وإلى سلوك غير متوافق اجتماعيًا، وإذا ما تم التأكد من أن هذا الدواء لا يحدث أي تأثير إيجابي، فإنه يجب التوقف عن تعاطيه".

القرار باستخدام الأدوية المنشطة:

الحقيقة أن أولياء أمور الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة هم

الذين شجعوا على إصدار القرار باستخدام الأدوية المنشطة لعلاج أطفالهم، ولقد كان هـذا ناتجـًا عـن شعورهم بخطـورة حالـة أطفـالهم وبالمشـكلات المدرسـية والاجتماعية التي يعانونها. كذلك كان للمدرسين والمختصين أيضًا دور رئيسـي في اتخاذ هذا القرار، وبهذا فإن المحصلة النهائية هي اتفاق أو تعـاون مشـترك بين كل من أولياء الأمور والمدرسين والمختصين أدى إلى صدور القرار باسـتخدام الدواء في علاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

إن الشائعات التي انتشرت بعـد ذلـك حـول التأثـير الجـانبي وسـلبيات الأدوية المنشطة أدت إلى قلق أولياء الأمور وتراجع الكثير منهم عن هذا القرار، وأخذوا يروجون لإمكانية إلغاء الدواء والاكتفـاء بالاعتمـاد علـى برامـج العـلاج السلوكي للتعامل مع اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، كمـا أن منـهم من أخذ يروج لاسـتخدام الأدويـة والنباتـات الطبيعيـة الـتي تبـاع في محـلات الأعشاب الطبية لعلاج هذه الاضطرابات، على أسـاس أنـه إذا لم تنجـح هـذه النباتات والأدوية الطبيعية في علاج أطفالهم فإنه لن ينتج عنها أضـرار أو آثـار سلبية.

يشير الكثير من المختصين إلى ضرورة استخدام برامج العلاج السـلوكي في بداية التعامل مع هذه الاضطرابات، فإذا لم يحدث تقدم أو تحسن للحالة بعد تطبيق هذا البرنـامج لفـترة زمنيـة مـعينة، فإنـه يوصَـى باسـتخدام الأدويـة المنشطة كعامل مساعد ومصاحب للبرامج السلوكية، فكما سبق أن أشرنا، فـإن الأدوية المنشطة تساعد كثيرًا على تحسن الأداء وتغير السلوك إذا مـا صوحبـت بوسـائل علاجيـة أخـرى مثـل برامـج تعديـل السـلوك، واسـتخدام الأجـهزة

الإليكترونية التي تساعد على خفض الضوضاء الخارجية والداخلية فيما يعرف بالعلاج المختلط. إن العلاج المختلط يساعد إلى حد كبير على تخفيض حجم الجرعات الدوائية، وبالتالي إزالة آثارها الجانبية أو الحد منها.

لقد أيَّد كل من دي بول وستونر Du Paul and Stoner, ١٩٩٤ فكرة تطبيق برامج العلاج السلوكي أولاً للتعامل مع اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، إلا أنهما أوصيا بضرورة استخدام الدواء في حالة وجود واحد أو أكثر من العوامل الستة التالية:

١- ارتفاع حدة اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة وزيادة السلوك التخريبي.
٢- إخفاق أساليب العلاج السلوكي منفردةً في خفض الاضطرابات.
٣- سيطرة القلق على سلوك الطفل.
٤- رغبة أولياء الأمور في استخدام الدواء.
٥- كفاءة المدرس وقدرته على مراقبة استخدام الطفل للدواء داخل الفصل.
٦- رغبة الطفل في استخدام الدواء لتحسين أدائه داخل الفصل.

عندما يتم اتخاذ قرار باستخدام الأدوية المنشطة مع حالة من الحالات، فإنه يجب التأكد أولاً من فاعلية هذا الدواء مع هذه الحالة، وذلك بإجراء تجربة عملية، على ألاَّ يكون ذلك في بداية أو في نهاية العام الدراسي ولا في أثناء الإجازات، أي يجب أن يكون خلال السنة الدراسية، وعلى الطبيب المعالج أن يختار ما بين التجربة المفتوحة أي أن يعرف الجميع أن هذا الطفل يتناول الأدوية المنشطة، والتجربة المغلقة أي لا يعرف أحد أن هذا

الطفل يتناول الأدوية المنشطة.

قبل إجراء التجربة يتم الحصول على الخط القاعدي للسلوك Base Line وذلك بأن يقوم المدرس بحساب تكرارات السلوك اليومي لمدة أسبوع واستخراج متوسطها (شكل رقم ٤).

شكل رقم (٤): حساب الخط القاعدي لسلوك عدم إتمام الواجب

اليوم	عدد التكرارات	الخط القاعدي
السبت	٤	عدد التكرارات عدد الأيام = ٣٠ = ٥ ٦
الأحد	٥	
الإثنين	٣	
الثلاثاء	٦	
الأربعاء	٨	
الخميس	٤	
مجموع التكرارات	٣٠	

ثم يبدأ الطفل بتناول الدواء لمدة أسبوع يقوم خلالها المدرس بحساب عدد تكرارات السلوك وتسجيل الملاحظات المتعلقة بالتأثير الجانبي للدواء، وفي نهاية الأسبوع يتم الحصول على متوسط تكرارات السلوك ومقارنتها بالخط القاعدي (٥ تكرارات)، فإذا كان متوسط التكرارات أقل من خمسة،

فإن هذا إشارة إلى فاعلية الدواء ودوره الإيجابي في تغيير السلوك، وفي هذه الحالة فإن الطبيب المختص يوصي بالاستمرار في تعاطي هذا الدواء وفق الجرعة والتوقيت الذي يحدده، أما إذا كان متوسط التكرارات خمسة أو أكثر فإن هذا إشارة إلى عدم فاعلية هذا الدواء، وقد يوصي الطبيب المعالج بتجربة دواء آخر.

اختيار نوع الدواء:

بعد تجربة نوع أو أنواع معينة من الدواء، يقوم الطبيب المعالج من خلال المعلومات التي تم الحصول عليها عن التأثير الجانبي لكل نوع من هذه الأدوية، باختيار الدواء الذي يتناسب مع حالة الطفل، بحيث يراعي في اختياره التأثير الجانبي، ومدة أو زمن سريان مفعول هذا الدواء، فعلى سبيل المثال، إذا أراد الطبيب أن يكون الدواء سريع التأثير فإنه يختار الريتالين Ritalin أو الديكسدرين Dexadrine لأن هذين النوعين من الدواء يبدأ تأثيرهما بعد ١٥ إلى ٣٠ دقيقة من تناولهما ويستمر مفعول كل منهما مدة ٣ إلى ٥ ساعات، بمتوسط ٤ ساعات، وهذا يعني أنه إذا ما تناول الطفل الجرعة في الصباح مع طعام الإفطار، فإنه سوف يحتاج إلى جرعة مماثلة مع وجبة الغداء حتى يستمر التأثير والتحسن في السلوك طوال ساعات وجوده في المدرسة، وعندما يعود الطفل إلى المنزل فإنه يكون في حاجة إلى جرعة ثالثة تساعده على استمرار السلوك الإيجابي و أداء الواجبات المنزلية.

يتأثر اختيار الطبيب لنوع الدواء بالتكوين الجسمي والعصبي والنفسي للطفل، حيث يؤثر هذا التكوين على طبيعة استجابة الطفل للدواء، لهذا نجد

أن بعض الأطفال يحتاج إلى ثلاث جرعات من الدواء في اليوم الواحد حتى يحدث التحسن في السلوك والأداء، في حين قد يحتاج البعض الآخر إلى جرعتين فقط لتحدث نفس درجة التحسن في السلوك والأداء، وقد يحتاج بعض الأطفال إلى أربع جرعات في اليوم الواحد، حيث تعطى الجرعة الرابعة قبل النوم لتساعدهم على النوم بهدوء ويسر، هذا ويمكن تلخيص العوامل التي تؤثر على اختيار نوع الدواء فيما يلي:

١- عمر الطفل: إن بعض الأطفال الكبار والمراهقين يستاءون من تناول الدواء في المدرسة، خاصة الجرعة التي تقدم مع وجبة الغداء ويفضلون تناول جرعة دواء واحدة طويلة المدى (المفعول) تعطي في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة بحيث يستمر مفعولها طوال اليوم الدراسي، ففي هذه الحالة فإن الريتالين الذي يستمر مفعوله ما بين ٣ إلى ٥ ساعات لا يصلح مع هؤلاء الأطفال، ويستبدل به الأديرال Adderal الذي يستمر مفعوله ما بين ٨ إلى ١٢ ساعة بمتوسط ١٠ ساعات.

٢-التأثير الجانبي وردود فعل الدواء على الطفل، حيث تختلف التأثيرات الجانبية للدواء ودرجة تأثيرها باختلاف التكوين الجسمي والنفسي والعصبي للطفل.

٣-إذا كان الطفل يعاني من الاكتئاب فإن الطبيب المعالج قد يختار دواء آخر غير الريتالين، لأن الريتالين يعمل على زيادة معدل الشعور بالقلق وعدم الارتياح.

٤-إذا كان الطفل يعاني من تقلصات أو تشنجات لاإرادية، فإن الطبيب المعالج قد ينصح باختيار الريتالين لأن من خصائصه أنه يخفف من حدة هذه التقلصات.

كيفية إعطاء الدواء:

كما سبق أن أشرنا، فإن الأدوية المنشطة تعمل على خفض الشهية، لهذا يجب تجنب إعطاء الدواء للطفل قبل تناول الطعام، ويجب أن تعطى مع الطعام أو بعده مباشرة، وعندما يرفض الطفل تناول الدواء، فإنه يمزج مع بعض الأطعمة اللينة كي يسهل عليه تناوله.

يبدأ العلاج بالأدوية المنشطة بقرص أو نصف قرص، وأحيانا قد ينصح الأطباء بالبدء بربع قرص من هذه الأدوية مع الزيادة التدريجية في الجرعة حسب درجة التحسن والتأثير الإيجابي، خاصة مع الأطفال الصغار، وقد يجد الطبيب أن تناول نصف قرص لا يحدث أي تأثير في حين أن تناول قرص كامل يؤدي إلى تأثير جانبي سيئ على الطفل، لهذا فقد ينصح بتناول ثلاثة أرباع قرص من هذا الدواء المنشط.

وقد يلاحظ الطبيب المعالج ظهور بعض المشكلات في بداية تناول الأدوية المنشطة أو عند تغير حجم الجرعة، ولكن هذه المشكلات تتلاشى بعد ضبط الجرعة، وتعود الطفل واستمراره في استخدام الدواء حسب تعليمات الطبيب المعالج.

يبدأ الطفل في المرحلة الابتدائية بتناول جرعات صغيرة من الدواء تبدأ بـ

٥ مليجرام ثم تـزداد تدريجيـا إلى ١٠ مليجـرام أو ١٥ مليجـرام، أمـا بالنسبة للأطفال الكبار والمراهقين فتبدأ الجرعة بـ ١٠ مليجـرام ثـم تـزداد تدريجيـا إلى ١٥ أو ٢٠ مليجرام، أما بالنسبة للطفل الصغير في مرحلة رياض الأطفال، فتبدأ بـ ٢,٥ مليجرام، وتزداد تدريجيا إلى ٥ أو ٧,٥ مليجرام من الريتالين.

لقد أشـار ميلـر ١٩٩٦ ,Miller إلى أن دواء الديكسـدرين لا يكـافئ الريتالين، وقد قدر أن ١٠ مليجرام من الريتالين تعادل ٥ ٧,٥ مليجـرام مـن الديكسدرين، وأشار أيضا إلى أن بعض أنواع الطعام مثل عصير البرتقال تعمـل على تبديل أو تغيير مفعول الأدوية المنشطة، لهذا يجـب تجنـب تناولهـا مـع الأدوية المنشطة.

مراقبة الدواء:

عندمـا توصـف الأدويـة المنشـطة للطفـل، فإنـه مـن الضـروري مراقبتـه وتسجيل استجابة الطفل لهذا الدواء كل ثلاثة أو أربعة شهور، لقد اقترح بارن ١٩٩٦ ,Barren بـأن يقـوم الطبيـب بفحـص المريـض الـذي يتعـاطى الأدويـة المنشطة كل ثلاثة أو أربعة شهور، وفي حالـة تعـاطي المريـض لـدواء السليرت المنشط Cylert فإن عليه مراجعة الطبيب ليفحص وظـائف الكبـد كـل ٣ ٦ شهور، ويضيـف بـارن Barren أنـه مـن الضـروري استخدام مقاييس تقديـر السلوك لتزويدنا بمعلومات عن التغير في سلوك الطفل داخل الفصل وخارجـه، وأن يتم هذا التقدير أو هذه المراقبة للسلوك أسبوعيا وذلك باستخدام واحـد أو أكثر من المقاييس التالية:

١- مقياس سبادافور لمراقبة الدواء عند الأطفـال ذوي قصـور الانتبـاه والحركـة

المفرطة

Spadafore – ADHD Rating Scale Midication Monitoring Form

٢- تقدير التأثير الجانبي للدواء (شكل رقم ٥)

Medication Side Effects Rating

٣- مقياس تقدير ملاحظات المدرسين وأولياء الأمور والطلاب

Teachers, Parents Rating and Student Observations System

٤- مقياس تقدير الأداء الدراسي Academic Performance Rating Scale

٥- القياس المعتمد على المناهج Curriculum Based Assessment

ويستخدم كل من المقياسيْن الأخيريْن في مراقبة التغيير في الأداء والتحصيل الدراسي في القراءة والهجاء والحساب والخط، وبالتالي يساعد ذلك على التنبؤ بمدى فاعلية الدواء المستخدم.

مقياس التأثير الجانبي للأدوية المنشطة

الاسم: .... الفصل: ....

اسم الملاحظ: ....

تعليمات: الرجاء تقدير كل سلوك من صفر (لا يظهر على الإطلاق) إلى ٥ (يظهر كثيرا جدًّا)، وذلك بأن تضع دائرة حول رقمٍ واحدٍ فقط من الأرقام الخمسة. إن الصفر يعني أنك لم تلاحظ هذا السلوك على الإطلاق خلال أسبوع المراقبة، وإن رقم ٥ يعني أنك لاحظت هذا السلوك يتكرر بشكل كبير جدًّا.

نوع السلوك	درجة تواجده					
	لا يظهر	قليل جدا	قليل	متوسط	كثير	كثير جدا
١- أرق أو مشكلات فى النوم	٠	١	٢	٣	٤	٥
٢- كوابيس (أحلام مزعجة)	٠	١	٢	٣	٤	٥
٣- أحلام يقظة	٠	١	٢	٣	٤	٥
٤- عدم التحدث مع الآخرين	٠	١	٢	٣	٤	٥
٥- عدم الاهتمام بالآخرين	٠	١	٢	٣	٤	٥
٦- انخفاض الشهية	٠	١	٢	٣	٤	٥
٧- سرعة الغضب والانفعال	٠	١	٢	٣	٤	٥
٨- الآلام فى المعدة	٠	١	٢	٣	٤	٥
٩- صداع	٠	١	٢	٣	٤	٥
١٠- النعاس والخمول أثناء النهار	٠	١	٢	٣	٤	٥
١١- الحزن	٠	١	٢	٣	٤	٥
١٢- الميل للبكاء	٠	١	٢	٣	٤	٥
١٣- القلق	٠	١	٢	٣	٤	٥
١٤- قرض الأظافر	٠	١	٢	٣	٤	٥
١٥- الشعور بسعادة غير طبيعية	٠	١	٢	٣	٤	٥
١٦- الدوار أو الدوخة	٠	١	٢	٣	٤	٥
١٧- تشنجات أو حركات عصبية لاإرادية	٠	١	٢	٣	٤	٥

شكل رقم (٥)

مقياس تقدير التأثير الجانبي للأدوية المنشطة

مدة العلاج بالأدوية المنشطة:

ما هي المدة الزمنية التي يستمر فيها العلاج بالأدوية المنشطة؟

إن الإجابة على هذا السؤال تعتبر سهلة ومعقدة في نفس الوقت، فهي سهلة لأنه يجب أن يستمر تناول الدواء طالما كان الطفل في حاجة إليه، وقد يستمر ذلك لمدة ستة شهور أو لعدة سنوات، كما قد يستمر تعاطيها طوال مرحلة البلوغ أو الرشد إذا دعت الحاجة لذلك.

أما الجانب المعقد في الإجابة على هذا السؤال، فإن القرار بالاستمرار في تناول الدواء أو إيقافه يعتمد بشكل رئيسي على ثلاثة عوامل:

١- درجة شدة اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

٢- مدى توافر وسائل بديلة للدواء كبعض الأجهزة الكهربائية التي تساعد على زيادة التركيز.

٣- مدى نجاح البرامج السلوكية في تعديل السلوك وتقليل الاعتماد على الدواء.

قد يكتشف بعض أولياء الأمور عن طريق الصدفة أن الانقطاع عن تناول الدواء بسبب النسيان أو بسبب استهلاك ما لديهم من كمية لم يؤثر كثيرا على سلوك الطفل أو على تحصيله الدراسي، ففي هذه الحالة قد يكون من المناسب إيقاف العلاج بالدواء. وللتأكد من أن الانقطاع عن الدواء لن يؤدي إلى تراجع في السلوك أو في التحصيل الدراسي، فإنه يقارن الخط القاعدي للسلوك أثناء تعاطي الدواء بالخط القاعدي للسلوك بعد التوقف عن تعاطيه مدة أسبوعين، فإذا لم يحدث اختلاف كبير بين درجتي الخط القاعدي، فإنه يستمر في

إيقاف العلاج بالدواء، أما إذا حدث اختلاف فهنا يحب الاستمرار في العلاج بالدواء.

يوصي بعض الأطباء بأن تعطى الأدوية إجازة أسبوعية وذلك بأن تعطى الأدوية المنشطة خلال أيام المدرسة فقط، وأن يتوقف عن إعطائها خلال عطلة نهاية الأسبوع وفي الإجازات الرسمية، في حين يصر البعض الآخر على ضرورة عدم التوقف عن تعاطيها طالما أن المشكلات السلوكية مستمرة، أما المجموعة الثالثة من الأطباء فيعتبرون أن الأدوية المنشطة هامة في نجاح الفرد في إقامة علاقات اجتماعية وشخصية ناجحة، لهذا فيجب الاستمرار في تعاطيها في الإجازات الرسمية وفي أثناء عطلة نهاية الأسبوع والعطلة الصيفية.

إن أي قرار بشأن الانقطاع عن الدواء، سواء أكان انقطاعا نهائيا أم مؤقتا كما في حالة الإجازات وعطلة نهاية الأسبوع، يجب أن يتم على أساس دراسة الاحتمالات الإيجابية والاحتمالات السلبية لهذا التوقف أو الانقطاع، بحيث لا يؤثر ذلك على نمو المهارات الأكاديمية والاجتماعية التي قد لا تنمو بدون الأدوية المنشطة.

بعض العوامل التي تؤثر على فاعلية الأدوية المنشطة:

(١) لقد أثبتت البحوث التي أجريت على الأدوية المنشطة التي لا تحمل العلامة التجارية (Genaric) أن فاعليتها تعتبر أقل من فاعلية الأدوية المنشطة التي تحمل العلامة التجارية Brand، فقد أشار ميلر ١٩٩٦ ,Miller بأن حوالي ٧٠٪ من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة الذين يتعاطون

الريتالين الذي لا يحمل العلامة التجارية Genaric Retalin لا يستجيبون لهذا النوع من الدواء، وأن ٣٠٪ منهم فقط هي التي تستجيب بشكل جيد، فإذا لاحظ ولي الأمر أو المدرس تغيرا في تأثير الدواء أو تغيرا في استجابة الطفل للدواء، فيجب مراجعة الصيدلي ليتأكد من أن الدواء الذي يتناوله الطفل يحمل العلامة التجارية Brand.

(٢) تتأثر فاعلية الأدوية المنشطة بالحساسية Allergies التي تنتشر عند بعض الأطفال في فصل الربيع، خاصة خلال شهر مارس، لهذا فقد تكون هناك حاجة لزيادة جرعة الدواء خلال هذه الفترة كي نضمن التأثير الفعال لهذا الدواء، ثم نعود إلى الجرعة السابقة بعد انتهاء أشهر الحساسية.

(٣) تتأثر فاعلية الأدوية المنشطة إذا ما تم تناول الأدوية المسكنة معها Sedating Medication، فالأدوية المسكنة سواء التي يصفها الطبيب أو التي تباع دون وصفة طبية تعمل على عرقلة تأثير الأدوية المنشطة، ويستمر القصور في فاعلية الأدوية المنشطة طالما كان المريض يتعاطى الدواء المسكن، ولا تعود فاعليتها إلا بعد التوقف عن تناول الدواء المسكن.

(٤) يؤثر عصير البرتقال سلبيا على فاعلية الأدوية المنشطة، خاصة الريتالين، وقد يصاحب هذا التأثير السلبي آلام في المعدة، لهذا يجب الامتناع عن تناول عصير البرتقال مع الأدوية المنشطة.

(٥) تؤثر الأحداث المفاجئة خاصة غير السارة منها على فاعلية الأدوية المنشطة، فالأحداث غير السارة التي تحدث للطفل أو لأسرته مثل المرض أو

الموت أو الحريق أو الخسارة المالية تؤدي إلى زيادة القلق والتوتر لدى الطفل وبالتالي زيادة في سلوك تشتت الانتباه والحركة المفرطة، لهذا فقد يحتاج الطفل إلى زيادة جرعة الدواء طوال فترة هذه الأحداث، على أن يعود إلى الجرعة الأساسية بعد تخطي فترة الحزن أو القلق.

(٦) يؤدي تغير مكان الإقامة بما يتبعه من تغير في المدرسة والأقران والأصدقاء والبيئة الاجتماعية إلى اضطراب في التوافق الاجتماعي للطفل، ويتبع ذلك اضطراب في مستوى التوافق مع الجرعة الدوائية التي تعود الطفل تعاطيها، ولهذا قد يحتاج الطفل إلى زيادة جرعة الدواء أو استبدال دواء منشط آخر به خلال فترة إعادة التكيف مع البيئة الجديدة.

(٧) إن استجابة الصغار الأقل من ٥ سنوات للأدوية المنشطة تكون أقل من استجابة الأطفال الكبار، إضافة إلى أن التأثير الجانبي لهذه الأدوية يكون أكثر لدى الأطفال الصغار، لهذا يفضل أن يؤجل تقديم الأدوية المنشطة إلى ما بعد سن ٥ سنوات، وأن يتم الاعتماد على أساليب تعديل السلوك فقط في هذه المرحلة العمرية المبكرة.

(٨) لضمان فاعلية الأدوية المنشطة، فإن حجم الجرعة يجب أن يكون فيما بين ١٠ ١٥ مليجرام، لأن عدد الأطفال الذين يستجيبون للجرعات الصغيرة (٥ مليجم) محدود جدا.

(٩) تؤدي بعض الأدوية التي تستخدم لعلاج بعض الأمراض إلى زيادة المشكلات السلوكية لدى الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة مثل

ثيوفلين Theophylline الذي يستخدم لعلاج الربو، وفينوباربيتل Phenobarbital الذي يستخدم لعلاج الصرع، وكلونازابين Chlonazapen، وفينتون Phyntoin، وديلنتين Dilantin المستخدم في علاج التشنجات، لهذا فإن تعاطي هذه الأدوية في الوقت الذي يتعاطى فيه المريض الأدوية المنشطة يؤدي إلى التأثير على فاعلية هذه الأدوية المنشطة وبالتالي فقد يحتاج الأمر إلى استبدال هذه الأدوية أو زيادة الجرعة.

(١٠) قد تحدث بعض ردود الفعل السلبية نتيجة لصعوبة ابتلاع بعض الأطفال لأنواع معينة من الأقراص المنشطة أو نتيجة للمضايقات التي يتعرضون لها من أقرانهم في الفصل لتعاطيهم هذه الأدوية، لهذا لا بد أن يجتمع الإخصائي المعالج مع الطفل ويناقشه في هذه المشكلات، ويحاول أن يضع الحلول لها كي لا تنتج عنها زيادة في المشكلات السلوكية.

ويمثل الشكل رقم ٦ جدولا مفصلا لبعض الأدوية الشائعة الاستخدام لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، حيث يشتمل على:

- الاسم العلمي والاسم التجاري للدواء.
- شكل العبوة (أقراص، كبسولات، لصقات)، وحجمها.
- الجرعة الدوائية ووقت تناولها.
- التأثير الجانبي الأعراض الجانبية التي تصاحب تناول الدواء.
- مدة سريان مفعول الدواء.
- إيجابيات الدواء.
- سلبيات الدواء.

شكل رقم (٦) : جدول بالأدوية الشائعة الاستخدام في علاج قصور الانتباه والحركة المفرطة

اسم الدواء	العبوة	الجرعة	التأثير الجانبي	مدة الفاعلية	إيجابياته	سلبياته
Ritalin Methylphenidate	أقراص ٥ مليجم ١٠ مليجم ٢٠ مليجم	تبدأ الجرعة الصباحية بـ ٥ مليجم في اليوم وتزداد بمعدل ٠,٣ ٠,٧ مليجم لكل كيلو جرام من وزن المريض لتصل الجرعة النهائية إلى ٢,٥ – ٦٠ مليجم في اليوم.	– أرق ومشكلات في النوم. – انخفاض الشهية للطعام. – نقص الوزن. – صداع. – تهيج. – آلام في المعدة.	من ٣ إلى ٤ ساعات	– سريع سريان المفعول (خلال ٣٠ ٦٠ دقيقة). – تأثيره فعال لحوالي ٧٠٪ من المرضى. – آمن ومضمون المفعول.	لا يوصَى باستخدامه مع مرضى القلق ومرضى التقلصات الحركية.
Ritalin - SR Methylphenidate	أقراص ٢٠ مليجم	تبدأ الجرعة الصباحية بـ ٢٠ مليجم وتزداد بمعدل ٠,٣ ، ٠,٧ مليجم لكل كيلو جرام من وزن المريض حتى تصل إلى ٦٠ مليجم في اليوم.	– أرق ومشكلات في النوم. – انخفاض الشهية للطعام. – نقص الوزن. – صداع. – تهيج. – آلام في المعدة.	حوالي ٧ ساعات	– يستخدم مع المراهقين الذين يعانون من قصور في الانتباه مصحوب بالحركة المفرطة لتفادي تناول جرعة وقت الغذاء – آمن ومضمون المفعول	– بطء سريان المفعول (بعد ساعة إلى ساعتين من تناوله) – لا يوصى باستخدامه مع مرضى القلق ومرضى التقلصات الحركية.
Dexedrine Dextramph-Etamine	أقراص ٥ مجيلم ١٠ مجيلم ١٥ مجيلم	تبدأ الجرعة الصباحية بـ ٥ مليجم في اليوم وتزداد بمعدل ٠,٣ ٠,٧ مليجم لكل كيلو جرام من وزن المريض، تعطي على جرعتين أو ثلاث جرعات في اليوم بمعدل ٥، ٢ ٤٠ مليجم في اليوم.	– أرق ومشكلات في النوم. – انخفاض الشهية للطعام. – نقص الوزن. – صداع. – تهيج. – آلام في المعدة.	من ٣ ٤ ساعات	– سريع سريان المفعول (خلال ٣٠ ٦٠ دقيقة) – يمكن أن يستخدم بجرعات كبيرة لتفادي جرعة وقت الغداء.	– لا يوصَى باستخدامه مع مرضى القلق ومرضى التقلصات الحركية.

اسم الدواء	العبوة	الجرعة	التأثير الجانبي	مدة الفاعلية	إيجابياته	سلبياته
Cylert Pemoline	أقراص ١٨. ٧٥ مليجم ٣٧. ٥ مليجم ٧٥ مليجم	تبدأ بجرعة من ٧٥ .١٨ مجيلم ٥ .٣٧ لىإ دادزتو ، مجيلد ٥ .١١٢ تـعد اذإ مجيلد الحاجة لذلك، وهي جرعة واحدة تعطى في الصباح.	– أرق ومشكلات في النوم. – توتر. – آلام في المعدة. – اضطرابات في الكبد.	من ١٢ إلى ٢٤ ساعة	– يؤخذ مرة واحدة في اليوم.	– قد تستغرق أسبوعين إلى أربعة أسابيع كي يظهر تأثيرها الطبي. – يحتاج إلى فحص الدم كل ٣ ٦ شهور للتأكد من عدم وجود مشكلات في الكبد.
Tofranil Imipramine Hydrochloride	أقراص ١٠ مليجم ٢٥ مليجم ٥٠ مليجم	تبدأ بجرعة من١٠ في مجيلد مساء إذا كان وزن المريض أقل من ٢٣ كجم وتزداد ١٠ مليجم كل ٣– ٥ أيام إذا دعت الحاجة إلى ذلك. أما للمرضى الذين يزيد وزنهم على ٢٣ كجم، فتبدأ بجرعة من ٢٥ مليجم في المساء و تزداد ٢٥ مليجم كل ٣ ٥ أيام إذا دعت الحاجة إلى ذلك.	– جفاف في الفم. – انخفاض الشهية للطعام. – صداع. – آلام في المعدة. – دوخة.	من ١٢ إلى ٢٤ ساعة	– يساعد مرضى قصور الانتباه والحركة المفرطة الذين يعانون من أعراض الاكتئاب والقلق. – يستمر مفعول الجرعة الواحدة طوال اليوم.	– قد يستغرق أسبوعين إلى أربعة أسابيع كي يظهر تأثيره الطبي. – يؤثر على مرضى القلب.

اسم الدواء	العبوة	الجرعة	التأثير الجانبي	مدة الفاعلية	إيجابياته	سلبياته
Norpramine Desipramine Hydrochloride	أقراص ١٠ مليجم ٢٥ مليجم ٥٠ مليجم ٧٥ مليجم ١٠٠ مليجم ١٥٠ مليجم	تبدأ بجرعة من ١٠ مليجم في المساء إذا كان وزن المريض أقل من ٢٣ كجم، وتزداد ١٠ مليجم كل ٣ ٥ أيام إذا دعت الحاجة إلى ذلك. أما للمرضى الذين يزيد وزنهم على ٢٣ كجم، فتبدأ بجرعة ٢٥ مليجم في المساء وتزداد ٢٥ مليجم كل ٣–٥ أيام إذا دعت الحاجة إلى ذلك.	– جفاف في الفم. – انخفاض الشهية للطعام. – صداع. – آلام في المعدة. – دوخة.	من ١٢ إلى ٢٤ ساعة	– يساعد مرضى قصور الانتباه والحركة المفرطة الذين يعانون من أعراض الاكتئاب والقلق. – يستمر مفعول الجرعة الواحدة طوال اليوم.	– قد يستغرق أسبوعين إلى أربعة أسابيع كي يظهر تأثيرها الطبي. – يؤثر على مرضى القلب.
Catapres Clonidine Hydrochloride	أقراص ٠,١ مليجم ٠,٢ مليجم ٠,٣ مليجم لصقات TTS-١ TTS-٢ TTS-٣	تبدأ بجرعة من ٠,٠٢٥ مليجم في المساء وتزداد بنفس القدر كل ٣ ٧ أيام إذا دعت الحاجة إلى ذلك، وتعطى بجرعات متساوية من ثلاث إلى أربع مرات في اليوم.	– الأرق وعدم النوم. – التهيج. – الصداع. – آلام في المعدة. – جفاف في الفم. – التهابات في الجلد نتيجة لاستخدام اللصقات.	من ٣ ٦ ساعات للأقراص و٥ أيام للصقة	– يساعد مرضى قصور الانتباه والحركة المفرطة الذين يعانون من تشنجات وتقلصات لاإرادية. – يساعد من يعانون من العدوانية والحركة المفرطة.	– يؤدي الانقطاع المفاجئ عن تعاطي هذا الدواء إلى ازدياد ضغط الدم.

استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب كبديل للأدوية المنشطة:

عندما تتطور وتزداد المشكلات والتأثيرات الجانبية للأدوية المنشطة التي يتناولها المريض بحيث يصعب عليه الاستمرار في تناولها، فإنه يجب في هذه الحالة التوقف عن تناول هذه الأدوية والتفكير في بدائل لها، ولقد أشار بارن (Barren, ١٩٩٦) إلى أن الأدوية التي تستخدم لعلاج الاكتئاب تعتبر أفضل البدائل لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فقد وصلت الاستجابة لهذه الأدوية إلى حوالي ٧٠٪ عند الأطفال الذين تناولوها لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة لديهم. إن من أبرز فوائد الأدوية المضادة للاكتئاب هي خفض درجة الاندفاع والحركة المفرطة، إضافة إلى الاستقرار الانفعالي، وتحسين المزاج، وتخفيض القلق، وتحسين النوم، أما تأثيرها على عمليات الانتباه فهو محدود إذا ما قورن بالفوائد الأخرى، ولقد لخص ويلينس Wilens فوائد الأدوية المضادة للاكتئاب بما يلي:

(١) يستمر مفعولها لفترة أطول من فعالية الأدوية المنشطة.

(٢) لا تزيد من حدة التقلصات والتشنجات اللاإرادية كما في حالة الأدوية المنشطة.

(٣) لا تؤثر على النمو فلا تؤدي إلى نقص في الوزن.

(٤) تعتبر أكثر فعالية في حالة مصاحبة مشكلات القلق ومشكلات المزاج لقصور الانتباه والحركة المفرطة.

أما عن التأثير الجانبي للأدوية المضادة للاكتئاب، فيشتمل على:

١- جفاف في الفم. ٢- إمساك. ٣- دوخة.

٤- سكون أو هدوء غير طبيعي. ٥- قد تؤثر على مرضى القلب.

٦- إذا تناولها المريض بجرعات أكبر من التي يصفها الطبيب المعالج، قد يؤدي ذلك إلى خطورة شديدة على حياة المريض.

ما يجب مراعاته عند استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب:

لقد اقترح ميلر Miller, ١٩٩٦ عددا من الجوانب التي يجب أخذها بعين الاعتبار عند اتخاذ القرار باستخدام الأدوية المضادة للاكتئاب كبديل للأدوية المنشطة في علاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وهذه الجوانب هي:

١- التأكد من أن المريض لا تنتابه حالات من الإغماء المفاجئ.

٢- التأكد من أن تاريخ أسرة المريض لا يحتوي على حالات من الموت المفاجئ.

٣- يجب حساب الخط القاعدي للسلوك قبل استخدام هذا الدواء، وتكرار حساب هذا الخط القاعدي في كل مرة يزداد فيها حجم الجرعة.

٤- يجب مراقبة ضغط الدم في فترات زمنية محددة خلال تعاطي المريض لهذا الدواء.

٥- مراقبة مدى استهلاك الجسم لهذا الدواء وليس الاستجابة له فقط.

أهم أنواع أدوية الاكتئاب:

تعتبر أدوية الاكتئاب التالية من أكثر الأدوية استخداما لعلاج اضطرابات

قصور الانتباه والحركة المفرطة:

* توفرنيل – إيمبرامين Tofranil – Imipramine
* باميلور – نورترينالين Pamelor – Northriptyline
* ويلبوترن – ببروبيون Welbutrin – Bupropion

١– يعتبر توفرنيل – إيمبرامين Tofranil – Imipramine من أكثر الأدوية المضادة للاكتئاب استخداما لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فهو ذو مفعول طويل مقارنة بالأدوية المنشطة إذ يتراوح مفعوله بين ١٠ – ٢٠ ساعة، ويمكن أن يعطى مرة واحدة في اليوم، ويفضل أن تكون في المساء حتى تساعد على تحسين النوم، وقد لا يستجيب بعض المرضى لحجم الجرعة الدوائية التي يصفها الطبيب، وفي هذه الحالة فإنه يستحسن زيادة الجرعة، فإذا لم تحدث استجابة بعد هذه الزيادة في الجرعة فإنه من الخطورة زيادة الجرعة مرة أخرى، ويفضل أن يوصف للمريض دواء آخر.

تبدأ الجرعة للأطفال تحت سن (٨) سنوات بعشرة مليجرامات في المساء، وتضاف إليها ١٠ مليجرامات أخرى بعد أسبوعين، لتصل في النهاية إلى ٣٠ مليجراما بحد أقصى. أما بالنسبة للأطفال الكبار، فتبدأ الجرعة بما يتراوح بين ١٠ –٢٥ مليجراما، وتتم مضاعفتها كل أسبوعين لتصل في النهاية إلى ١٠٠ مليجرام في اليوم بحد أقصى.

وعلى الرغم من أن تناول الجرعة خلال النهار قد يعطي لها تأثيرا أكبر، فإن تأثيرها المسكن الذي يؤدي إلى الهدوء الزائد للنشاط الحركي قد لا يشجع على تناولها أثناء النهار. إن الانقطاع أو التوقف المفاجئ عن تناول هذا الدواء

قد يؤدي إلى الإصابة بالانفلونزا والغثيـان والتقيؤ والصداع والنعـاس والقابليـة للتهيج، وبعض الانفعالات المتمثلة في البكـاء والحـزن والعصبيـة، ومـن الممكـن تفادي هذه المشكلات بالتدرج في الانقطاع عن الدواء لعدة أسابيع.

٢- تقدر حجم الجرعـة مـن دواء بـاميلور - نورترينـالين - Pamelor Northriptyline حسب وزن المريض، حيث يحدد مليجرامـان (٢) في اليـوم لكل كيلو جرام من وزن المريض، فالمريض الذي يبلغ وزنـه ٤٠ كيلـو جرامـا يحتاج إلى جرعة مقدارها ٨٠ مليجراما من دواء باميلور - نورترينالين في اليـوم الواحد، وإذا لم يستجب المريض لهذه الجرعـة، أي إذا لم تحـدث أي تأثـير فعال فإنه يجب إلغاء هذا الدواء، والبحث عن بديل له، لأنه من الخطر زيادة الجرعة عن معدلها المحدد.

٣- أشار بـارن Barren, ١٩٩٦ بـأن ويلبوتـرن - بـبروبيون - Welbutrin Bupropion مناسب للمراهقين وصغار الراشدين الذيـن تـتراوح أعمـارهم بـين ١٨ - ٢٥ سنة، حيث يساعد علـى الحـد مـن العدوانيـة والحركـة المفرطـة، وأضاف بأن الشكاوى الناتجة عن استخدام هذا الـدواء مشـابهة لتلـك الناتجـة عن استخدام الأدوية المنشطة لهذا يجب أن يبـدأ تنـاول هـذا الـدواء بكميـات قليلة جدا، كما لاحظ بارن أيضا أن هذا الـدواء يسـاعد علـى اسـتعادة النشـاط والطاقة في حالة مرض الاكتئاب وفقدان الطاقة.

أمـا سبنسـر Spencer, ١٩٩٦ فقـد وجـد أن هـذا الـدواء مناسـب أيضـا للأطفال الصغار على الرغم من ظهور بعض حالات الصرع بـين الأطفـال الذيـن يتعاطونه، حيث قدرت النسبة بأربع حـالات مـن كـل ألـف مريـض يتعـاطى

ويلبوترن ببروبيون.

استخدام الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم كبديل للأدوية المنشطة:

كما يستخدم بعض الأطباء الأدوية المضادة للاكتئاب لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فإن البعض الآخر يستخدم الأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم لنفس الغرض، حيث أجمع المختصون على أن هذه الأدوية تساعد على خفض درجة التيقظ والنشاط الحركي المفرط والاندفاع، إضافة إلى تأثيرها على الحد من السلوك العدواني، وتحسين التفاعل الاجتماعي، والتخفيف من اضطرابات النوم، إلا إن تأثيرها على عمليات الانتباه محدود جدا. وتؤخذ هذه الأدوية إما على شكل أقراص أو على شكل لصقات تحتوي على الدواء وتلصق على الجلد حيث يقوم الجسم بامتصاصها.

ومن الآثار الجانبية لهذه الأدوية التسكين الذي قد يؤدي إلى النوم أحيانا، والصداع، واحتمال هبوط في ضغط الدم، ونقص السكر في الدم، إضافة إلى الالتهابات التي تحدث في الجلد نتيجة لاستخدام اللصقات ونزعها يوميا، كما أن هذه الأدوية تعتبر شبيهة بالأدوية المضادة للاكتئاب من حيث توخي الحذر في زيادة أو انخفاض الجرعة بحيث يجب أن يكون ذلك ببطء، وبالتدريج كي لا يؤثر على معدل دقات القلب.

يعتبر كلونيدين كتبرس Clonidine - Catepres من أكثر أدوية ضغط الدم استخداما لعلاج النشاط الحركي المفرط والاندفاع والعدوانية، وهو كغيره من أدوية ضغط الدم ذو تأثير محدود على الانتباه، لهذا فإن بعض

الأطباء يفضل أن يعطي مع هذا الدواء جرعة من الأدوية المنشطة، إلا أن الكثير من الأطباء لا ينصح بذلك خوفا من تأثير ذلك على القلب، خاصة مع الأطفال الكبار أو المراهقين، أما مع الأطفال الصغار في مرحلة رياض الأطفال فيرى الكثير من الأطباء أن استخدام كلونيدين مع الأدوية المنشطة يعتبر ضرورة حتمية خاصة إذا ازدادت حدة المشكلات السلوكية عند هؤلاء الأطفال.

يظهر التأثير الإيجابي بعد ست ساعات من استخدام كلونيدين، ويستمر هذا التأثير لمدة ١٢ ساعة، كما قد تلاحظ بعض الآثار الجانبية المتمثلة في التسكين الذي قد يؤدي إلى النوم أحيانا خلال ساعة من تناوله.

لقد أشار العديد من المختصين إلى أن حوالي ٧٠٪ من الأطفال الذين يتعاطون كلونيدين يستجيبون له حيث يساعدهم على خفض النشاط الحركي المفرط والاندفاع والعدوانية، إضافة إلى تحسين سلوك إطاعة التعليمات.

أما النوع الثاني من أدوية ضغط الدم، التي تستخدم لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فيعرف باسم تينكس جوانفسين Tenex - Guanfacine وهو أقل قوة من كلونيدين، ولهذا فهو ألطف ويؤخذ مرة أو مرتين في اليوم، وهو أقل تسكينا من كلونيدين، ويتراوح معدل الجرعة بين نصف مليجرام إلى ٣ مليجرامات في اليوم، ويستمر مفعوله حوالي ١٠ ساعات، ويختلف تينكس عن كلونيدين بأنه أكثر تأثيرا على عمليات الانتباه وأقل تأثيرا على الحركة المفرطة والاندفاع، ولهذا يفضل أن يعطى معه الأيديرال المنشط Adderal، فالأدوية المنشطة تساعد على زيادة قوة الإشارات التي يرسلها المخ لأعضاء الجسم.

أدوية لا زالت قيد البحث والتجريب:

تم مؤخرا اكتشاف بعض الأدوية التي تساعد على التخفيف من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، إلا أن هذه الأدوية لم يتم التصريح باستخدامها بعد، لأنها لا زالت تجرى عليها البحوث لمعرفة آثارها السلبية على من يتعاطاها من الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، وأهم هذه الأدوية:

١- بروزاك فلوكستين Prozac - Fluoxetine: يساعد هذا الدواء على الحد من أعراض قصور الانتباه والحركة المفرطة، ويساعد أيضا على التخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق، ولقد أكد سبنسر Spencer, ١٩٩٦ على ذلك في دراسته التي أشارت إلى أن هذا الدواء يساعد على التخفيف من حدة الاكتئاب المصاحب لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

٢- زولفت سيرترالين Zolft-Sertraline، أشار "لفنثيل" Leventhal ١٩٩٦ إلى أن هذا الدواء يساعد في حالات الاكتئاب عند المراهقين الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وأنه إذا ما تم تعاطي هذا الدواء مع الأدوية المنشطة فإنه يساعد على تعديل المزاج وكبح التهيج.

٣- باكسل باروكيستين Paxil - Paroxetine، يساعد هذا الدواء على تعديل المزاج وكبح التهيج خاصة إذا ما تم تعاطيه مع الأدوية المنشطة مثله مثل زولفت.

٤- إفيكسور فنلفكسين Effexor - Venlafaxine، أشار بارين Barren,

١٩٩٦، إلى أن هذا الدواء لا يصلح للأطفال تحت سن ١٨ سنة، وإلى أنه مثلـه مثل زولفت يساعد على تخفيف الاكتئـاب الـذي يصـاحب اضطرابـات قصـور الانتباه والحركة المفرطة عند المراهقين.

٥- تيجرتول كاربامـازبين Tigretol - Carbamazepine ، يسـاعد هـذا الدواء على الحد من التشنجات وتعديل المـزاج عنـد الأطفـال ذوي اضطرابـات قصور الانتباه والحركـة المفرطـة، إلا أنـه لا يسـاعد علـى التخفيـف مـن هـذه الاضطرابات.

٦- ميلارل ثيوريدازين Mellaril - Thioridazine ، وهو عبارة عن مهدئ يسـاعد علـى التخفيـف مـن التقلصـات والحركـات اللاإراديـة للسـان والفـك والأطراف، وقد أشار بارن Barren, ١٩٩٦ إلى أن هذا الـدواء يسـاعد الأطفـال الصغار ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة عندمـا لا تجـدي الأدويـة المنشـطة معهم، وأضاف أن هذا الدواء قد تم اسـتخدامه بنجـاح في التخفيـف مـن حـدة السلوك العدواني، وأشار ليفنثيـل Leventhal, ١٩٩٦، إلى أن هـذا الـدواء لا يصلح مع حـالات الذهـان – الهـوس، الـتي قـد تصـاحب اضطرابـات قصـور الانتباه والحركة المفرطة.

٧- إنديرال بروبرانولول Inderal - Propranolol: يساعد هذا الدواء علـى التخفيف من حدة السلوك العدواني خاصة في الحالات المتقدمة أو المعقدة منه، إلا أنه قد يؤثر على القلـب لهـذا لا بـد مـن الفحـص الـدوري للقلـب ومعرفـة نبضات القلب وضغط الدم باستمرار.

٨- بوسبار - بصيبرون Buspar – Buspirone: يناسب هذا الدواء البالغين الذين يعانون من القلق، كما يساعد على التخفيف من السلوك الانفعالي والسلوك العدواني.

٩- لثيوم - كاربونيت Lithium – Carbonate، يساعد هذا الدواء على التخفيف من حدة السلوك العدواني، وعندما يعطى مع الأدوية المنشطة فإنه يساعد على تعديل واستقرار المزاج.

١٠- أرويكس - ماكلوبميد Auroix – Maclobemide، ويعتبر من الأدوية الكابحة للسلوك، وقد تمت دراسته في ألمانيا، ويساعد على التخفيف من اضطرابات قصور الانتباه و الحركة المفرطة وتحسين مشكلات الانتباه، وقد تمت أخيرا الموافقة على استخدامه في ألمانيا لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، كذلك فهو يساعد على تعديل واستقرار المزاج، إضافة إلى التخفيف من حدة السلوك العدواني.

١١- هالدول - Haldol، ويستخدم هذا الدواء كدواء ثان أو مساعد للأدوية المنشطة، خاصة مع ريتالين أو مع ديكسيدرين، وهو يساعد على التخفيف من حدة التشنجات والتقلصات اللاإرادية.

١٢- كلونابن Klonapin، وهو مشابه للفاليوم Valium ولكن لا يوجد مخاطر من إدمانه، وهو يساعد في التخفيف من التقلصات والتشنجات الحادة بالإضافة إلى الحد من السلوك العدواني.

١٣- ريسبيريدول Resperidol، وهذا الدواء يساعد في الحد من التقلصات

اللاإرادية والتشنجات إلا إنه لا يساعد على التخفيف من حدة السلوك العدواني.

ما يجب أن يعرفه الطفل عن الدواء:

من الضروري أن يكون الطفل على علم بالسبب الذي من أجله يتناول الدواء، على أن يتم توضيح ذلك باللغة والأسلوب الذي يتناسب مع عمره ومع قدرته على فهم المعلومات المتعلقة بطبيعة مرضه وطبيعة الدواء الذي يتناوله، ويتم التركيز في هذه المعلومات على أن الدواء الذي يتناوله سوف يساعده على مواجهة المشكلات والصعوبات في الواجبات المدرسية والأنشطة الرياضية والواجبات المنزلية، إضافة إلى التأكيد على أن الدواء لا يقوم بإنجاز العمل، وإنما الطفل هو الذي يقوم بذلك، أما الدواء فما هو إلا عامل مساعد يهيئه نفسيا وسلوكيا للقيام بالعمل، كذلك يجب تشبيه الدواء بالأجهزة التعويضية التي يستخدمها المعاقون للمساعدة على الحركة أو الرؤية أو السمع، فالطفل الذي يستخدم النظارات الطبية لمساعدته على الرؤية الجيدة ومن ثم أداء واجباته المختلفة إنما هو مثل الطفل الذي يستخدم الدواء لتهيئته نفسيا وسلوكيا لأداء الواجبات المختلفة، سواء في المدرسة أو البيت أو المجتمع. كذلك يجب تشجيع الطفل على تناول الدواء بأن نقول له: "إن باستطاعتك أداء المطلوب منك، والدواء هو الذي سيساعدك على هذا الأداء".

ومن النقاط الأخرى التي يجب التركيز عليها أن عليه أن يتناول الدواء طالما هو في حاجة إليه، وأن يتم تدريب الطفل على المهارات اللازمة خلال فترة تعاطي الدواء، تماما كما يتم تعليم الطفل الذي كسرت قدمه كيفية المشي

والحركة أثناء فترة استخدام العكازات أو الكرسي المتحرك، فالطفل الذي يعاني من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة يجب أن يدرك أنه سيأتي اليوم الذي سيقلع فيه عن تناول الدواء، وأن عليه أن يكتسب المهارات اللازمة لمواجهة المتطلبات المدرسية والمنزلية والاجتماعية قبل الإقلاع عن تناول الدواء.

ما يجب أن يعرفه أولياء الأمور عن الدواء:

على أولياء الأمور معرفة السبب الذي من أجله يتناول الطفل الدواء، والاستخدامات العامة لهذا الدواء، وكذلك معرفة إيجابيات وسلبيات استخدامه، والتأثير الفعال لهذا الدواء ومتى يبدأ هذا التأثير ومتى ينتهي، والمشكلات المترتبة على استخدامه وكيفية تفاديها أو الحد منها، ومن الضروري أن يعلم أولياء الأمور بأن هذا الدواء لن يحل بمفرده مشكلات الطفل وأنه لن يعلمه المهارات اللازمة لأداء الواجبات المدرسية والمنزلية والاجتماعية، وأنه يجب على أولياء الأمور ألا يحلوا محل الطبيب المعالج فيما يختص بالقرارات المتعلقة بالدواء، فلا يزيدوا أو يخفضوا من حجم الجرعة أو يوقفوا الدواء إلا بعد استشارة الطبيب المعالج.

ما يجب أن يعرفه المدرسون عن الدواء:

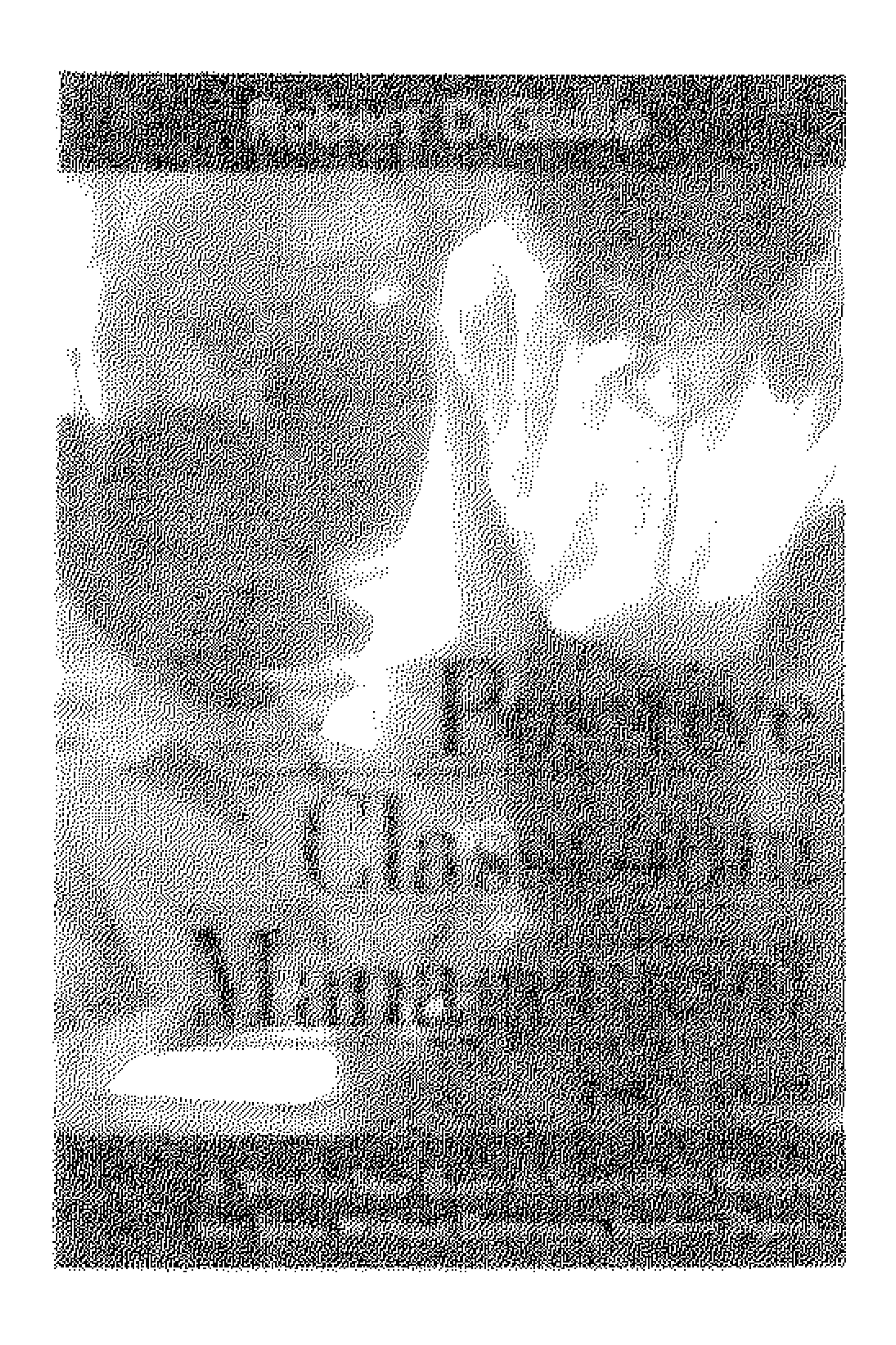
يعتقد الكثير من المدرسين أن الدواء هو كل ما يحتاجه الطفل للتغلب على اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، ولهذا فمن الضروري أن يعرفوا أنه على الرغم من الاعتراف بأهمية الدواء في زيادة تركيز الطفل وتحسن أدائه للواجبات المدرسية، فإن الكثير من السلوكيات غير المرغوبة لا يصلح الدواء

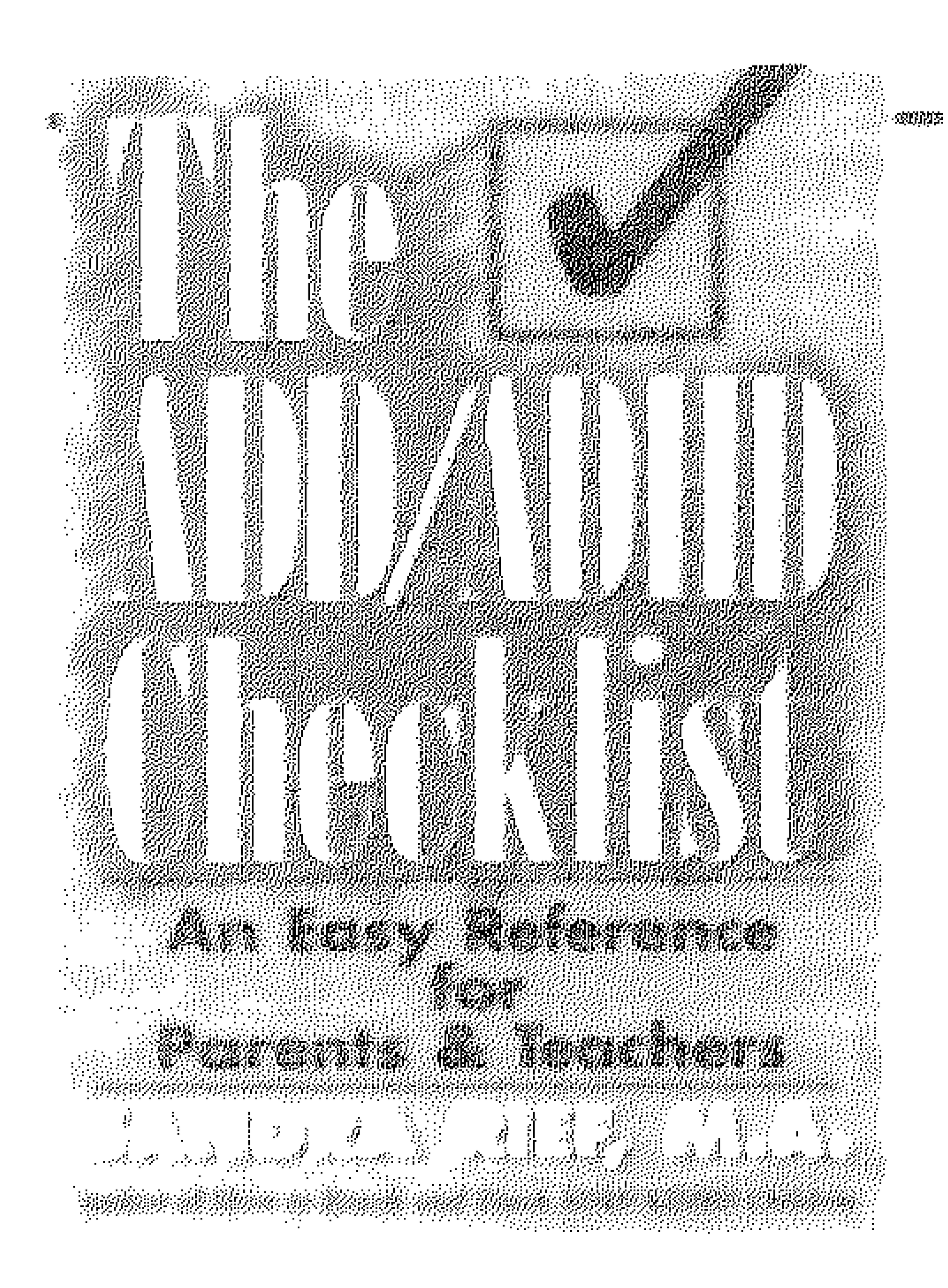
كعلاج لها، وأن بعض الأدوية لا ينهي الاضطرابات السلوكية تماما، بل يحد منها لدرجة معينة، وأن بعض الأدوية لا يساعد على تحسين الأداء المدرسي بقدر ما يساعد على ضبط وتعديل السلوك، وعلى المدرسين أن يعرفوا أيضا أنه ليس بالضرورة أن يؤدي الدواء الكثير إلى تحسن أفضل أو أسرع، فأحيانا نجد أن الجرعة القليلة من الدواء والمصحوبة ببرنامج للعلاج السلوكي تكون أفضل، كذلك يجب ألا يعتمد الطفل اعتمادا رئيسيا على الدواء لتحسين أدائه داخل الفصل، بل يجب تدريبه على مهارات وسلوكيات التركيز والانتباه وإنجاز الواجب، فإن هذه السلوكيات والمهارات هي التي ستبقى بعد أن يتم التوقف عن تناول الدواء، وعلى المدرس أن يعرف أيضا التأثير الجانبي للدواء، وأنواع الأدوية التي قد يتعارض تناولها مع الأدوية المنشطة.

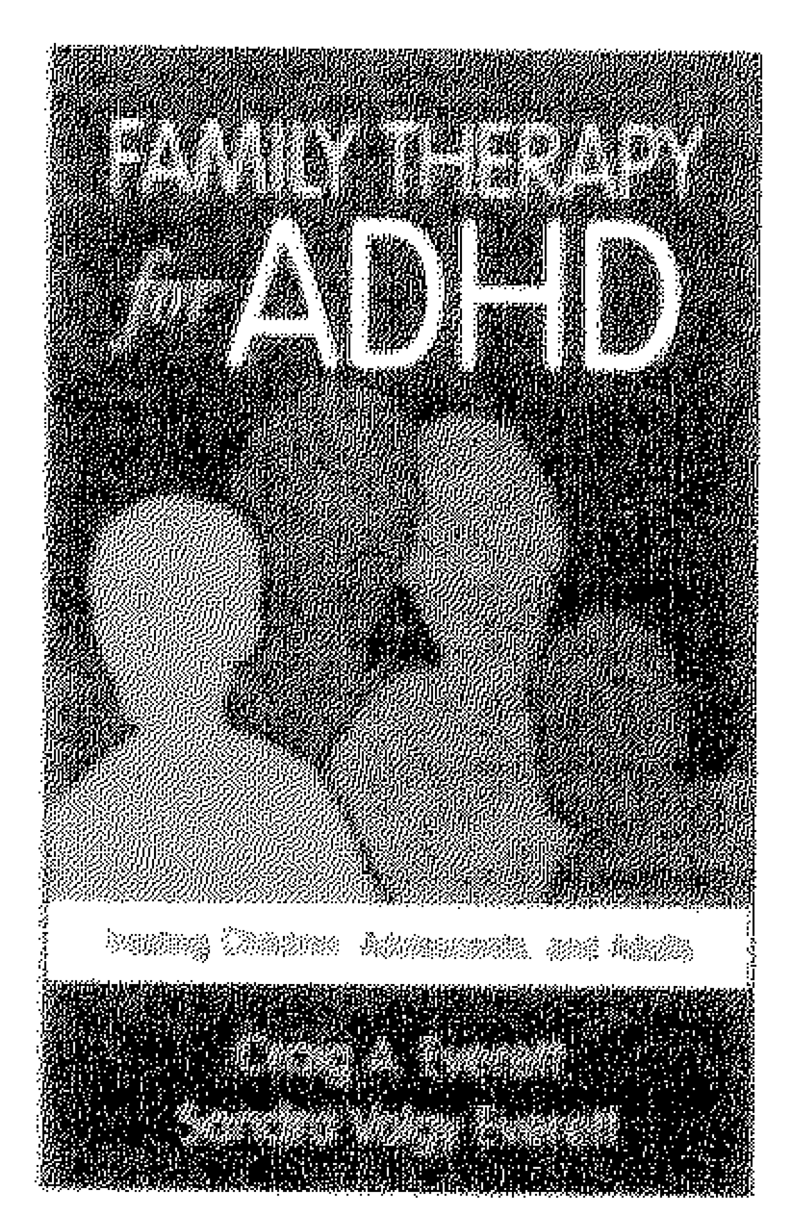
الفصل الخامس
برامج تغيير السلوك

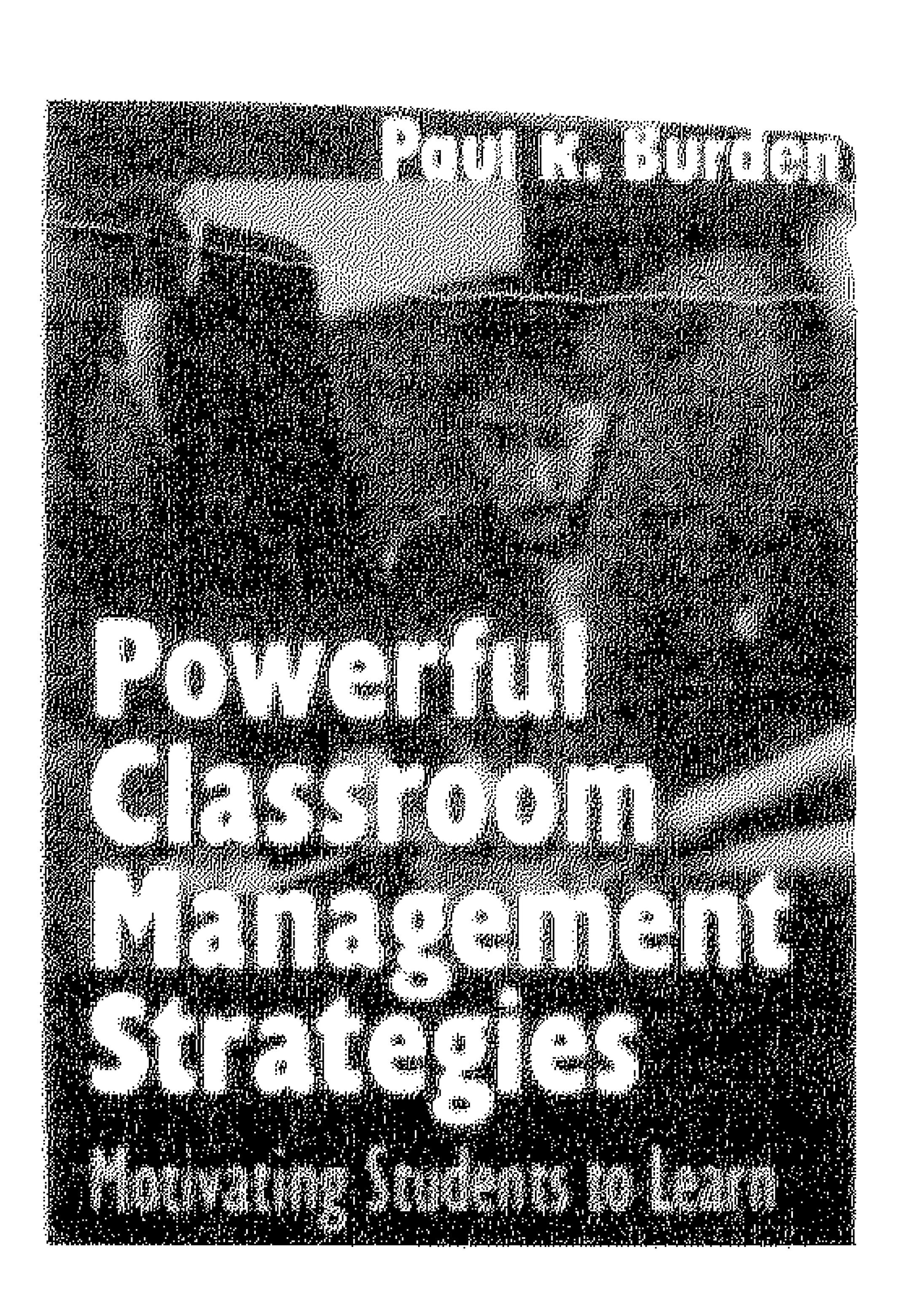
* * * * * * * * * * * * *

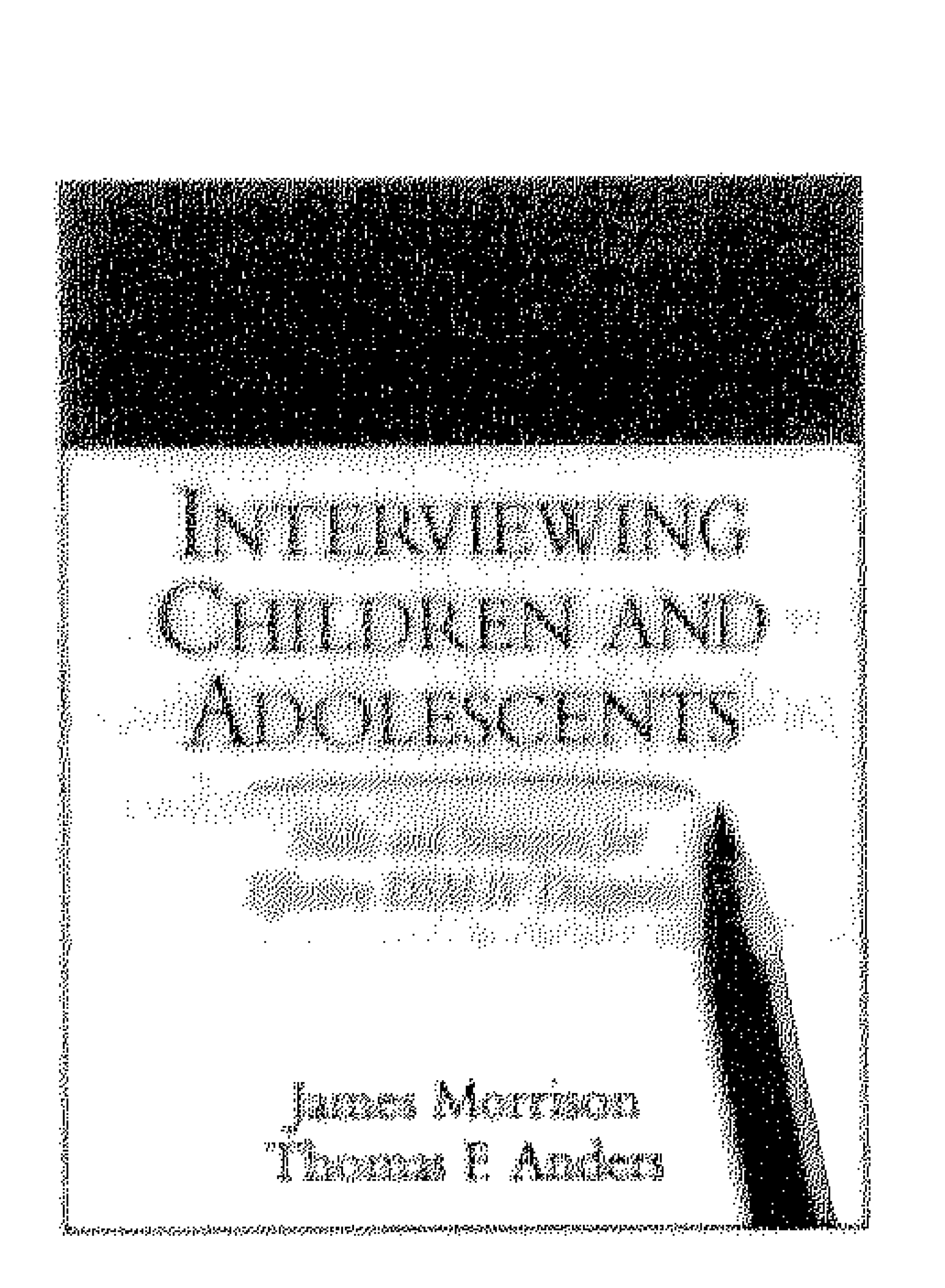
* الأحداث التى تسبق السلوك
  * القواعد
  * التوقعات
  * التواصل
* السلوك
* التوابع أو نتائج السلوك
* متابعة السلوك
* اختيار المعززات الإيجابية والمعززات السلبية
* المعززات الاجتماعية
* الربط بين السلوك والمعزز
* تشكيل السلوك


Robert DiGiulio


The ADD/ADHD Checklist
An Easy Reference for Parents & Teachers


FAMILY THERAPY for ADHD
Craig A. Everett
Sandra Volgy Everett


Paul R. Burden
Powerful Classroom Management Strategies
Motivating Students to Learn


INTERVIEWING CHILDREN AND ADOLESCENTS
James Morrison
Thomas F. Anders

الفصل الخامس

برامج تغيير السلوك

كما سبق أن أشرنا في الفصل السابق، فإن الدواء لا يعمل على تغيير السلوك واكتساب مهارات جديدة، لكنه يساعد على تهيئة الحالة الجسمية والنفسية والذهنية للطفل للتفاعل مع برامج العلاج السلوكي التي تعمل على تغيير السلوك غير الملائم واستبدال سلوك ملائم به، بالإضافة إلى تدريب الطفل على اكتساب مهارات مختلفة تساعده على التفاعل الإيجابي مع المواقف الاجتماعية والمدرسين. وتشتمل برامج تغيير السلوك على ثلاثة عناصر رئيسية مترابطة هي:

١- الأحداث التي تسبق السلوك.
٢- السلوك.
٣- العواقب أو النتائج المترتبة على السلوك.

ومن الجدير بالذكر أن كل عنصر من هذه العناصر يتبع العنصر السابق له ويمهد للعنصر الذي يليه، وفي هذا الفصل سوف يتم التعرف على كل عنصر من هذه العناصر الثلاثة وعلى التدريبات المناسبة لكل منها:

أولا: الأحداث التي تسبق السلوك:

عندما يتقابل المدرس أو ولي الأمر مع الإخصائي المعالج تبدأ تتدفق من أفواههم عبارات تصف الحالة السلوكية للطفل مثل:

* هو لا يريد أن يسمع.
* إنه لا يبدو عليه أنه متذكر ما طلبت منه أن يفعله.

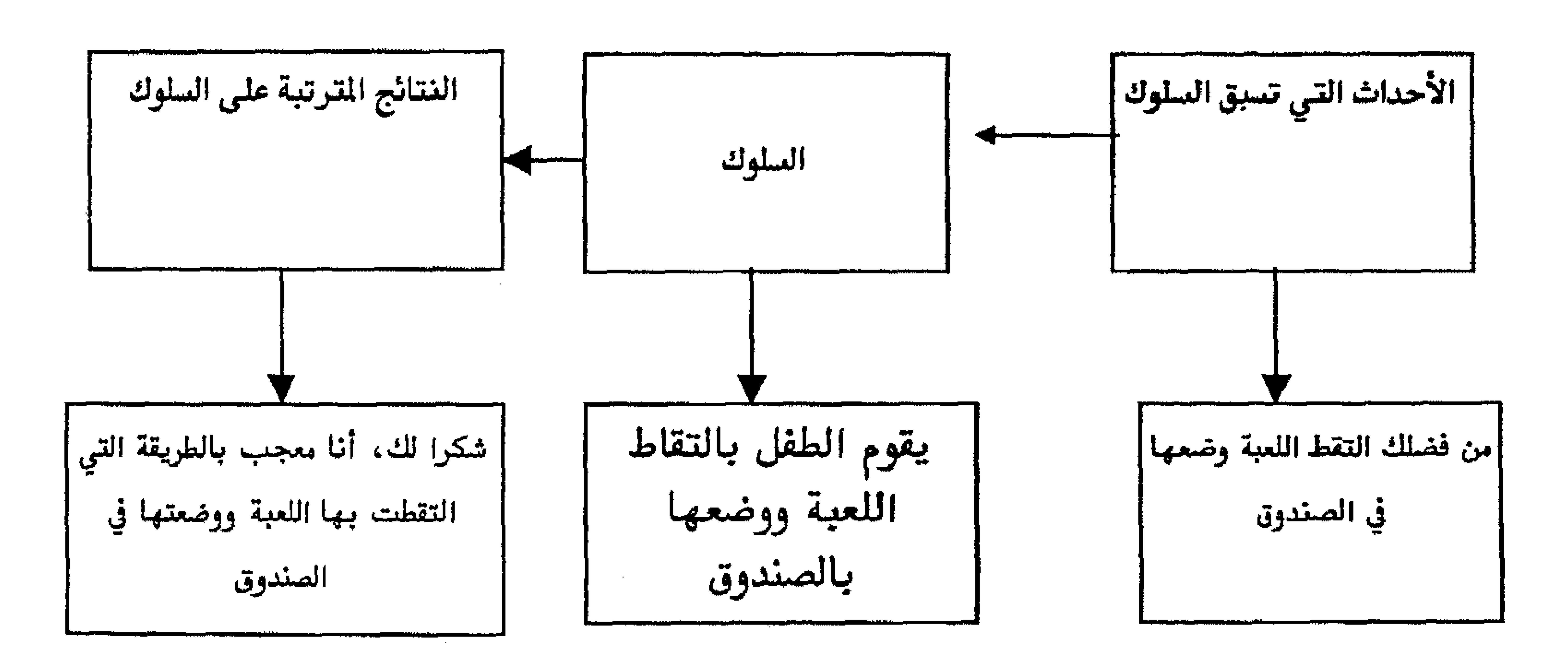
* إذا طلبت منه أن يفعل ثلاثة أشياء فإنه قد يفعل واحدًا منها فقط.

وغالبًا ما يصاحب هذه العبارات تعبيرات بالأيدي أو بالوجه تدل على الإخفاق والغضب والحيرة.

بعد أن يستمع الإخصائي المعالج لهذه العبارات والملاحظات يبدأ في الحديث مع المدرس أو ولي الأمر للتعرف على الظروف أو الأحداث التي سبقت هذا السلوك.

إن الأحداث التي تسبق السلوك تلعب دورًا رئيسيًّا في تشكيل السلوك وتحديد معالمه سواء أكان سلوكا إيجابيا أم سلوكا سلبيا، وذلك وفق القاعدة المنطقية التي تقول: "إن المقدمات السلبية تؤدي إلى نتائج سلبية، وإن المقدمات الإيجابية تؤدي إلى نتائج إيجابية".

لهذا فإذا أردنا تغيير سلوك معين فإن علينا أن نغير أو نعيد ترتيب الأحداث التي تسبق هذا السلوك، أي المقدمات أو التعليمات.



شكل رقم (٧) عناصر السلوك

إن الطريقة التي يستجيب بها الطفل للتعليمات أو للمقدمات تعتمد على ثلاثة جوانب رئيسية هي:

- القواعد Rules
- التوقعات Expectation
- التواصل Communication

١- القواعد :

يقصد بالقواعد مجموعة اللوائح والقوانين التي تحكم سلوك الطفل وأداءه في المدرسة أو في البيت، وقد يعتقد المدرسون وأولياء الأمور أن لديهم القواعد الكافية لهذا الغرض، ولكن للأسف فإن معظمها غير مكتوب أو غير واضح خاصة بالنسبة للأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه والحركة المفرطة، والذين هم في حاجة إلى التذكير المتكرر بهذه القواعد مع كتابتها وتوضيح معانيها.

توجد القواعد في جميع شؤون حياتنا اليومية، فقيادة السيارة له قواعد، واللعب له قواعد، والعمل له قواعد، والأداء في المدرسة له قواعد، والمنزل له قواعد أيضا، وأنه إذا لم تحترم وتراع هذه القواعد يكون من الصعب التفاعل أو التعامل الإيجابي مع الموقف، ولهذا فإن الأسلوب أو الطريقة التي توضع بها هذه القواعد لها تأثير كبير على الكيفية التي يستجيب بها الطفل للقواعد، فإذا لم تكن هذه القواعد واضحة ومفهومة للطفل فإنه قد لا يستجيب للموقف بطريقة ملائمة، فعلى سبيل المثال، قد يرى الأب طفله يقفز على الأريكة، فيقول له: "أنت تعرف القواعد لا تقفز على الأريكة"، فالأب هنا قد افترض أن الطفل يعرف القواعد ويحفظها على الرغم من أنه لم يتأكد من هذا الافتراض. وفيما يلي قائمة بالمواقف اليومية التي يجب أن توضع لها قواعد مكتوبة، وتوضح معانيها للطفل الذي يعاني من قصور في الانتباه والحركة المفرطة.

- ما يجب عمله عند الاستيقاظ من النوم.
- ارتداء الملابس.
- الحديث ومخاطبة الآخرين.
- وقت النوم.
- مشاهدة التليفزيون.
- القراءة.
- التعبير عن الغضب.
- أداء الواجبات المدرسية.
- الترحيب بالآخرين.
- الزيارات.

أمثلة للقواعد المكتوبة:

- لا تترك المائدة أثناء تناول الطعام.
- انتظر حتى يأتي دورك في الحديث.
- لا تعتدِ على الآخرين عند الغضب.
- رحب بالآخرين بأن تقول: "السلام عليكم، صباح الخير، مساء الخير..".
- عليك بأداء واجباتك المنزلية قبل الخروج للعب.
- عليك أن تذهب إلى النوم في الساعة التاسعة مساءً.
- عليك أن تستيقظ في الساعة السادسة والنصف صباحًا.
- ارفع إصبعك لطلب الإذن بالكلام.
- ارفع إصبعك لطلب الإذن بالذهاب إلى الحمام.
- التزم الهدوء أثناء قيام المدرس بالشرح أو الكلام.

أما بالنسبة للأطفال الصغار الذي يصعب عليهم قراءة أو فهم القواعد المكتوبة، فيجب أن توضح لهم بالصور والرسومات التوضيحية.

٢: تاعقوتلا –

يجب أن يوضَّح للطفل ويحدد له ما يُتوقع منه من سلوك في مواقف معينة، وتختلف هذه التوقعات باختلاف عمر الطفل وقدرته على فهم ما يقال له والاحتفاظ به، فقد يقول الأب لابنه: سوف نذهب إلى السوق معًا، وأتوقع منك الآتي:

- أن تمسك بيدي أثناء قطع المسافة من السيارة إلى السوق.
- أن تمسك بيدي أثناء تجوالنا في السوق.
- أن تمسك بيدي أثناء قطع المسافة من السوق إلى السيارة.

مثال آخر على التوقعات الواضحة:

تقول الأم لابنها: سنذهب اليوم لزيارة خالتك وأتوقع منك الآتي:

- أن تلقي عليها التحية عندما تستقبلنا.
- أن تقول لها: "لو سمحت"، إذا أردت أن تطلب منها شيئًا.
- أن تقول لها: "شكرًا"، عندما تقدم لك شيئًا.
- لا تعبث بمحتويات المنزل.

٣- التواصل:

إن توصيل المعلومات الصحيحة للطفل يعتبر من أهم عناصر تشكيل السلوك، فالعديد من الأطفال الذين يعانون من قصور في الانتباه والحركة المفرطة، لا ينتبهون بشكل كلي أثناء إلقاء التعليمات أو الإرشادات، لهذا فيجب التأكد من أن الطفل قد وصلته الرسالة الموجهة إليه، وللتأكد من ذلك يجب مراعاة ما يأتي:

(أ) يجب على المدرس أو ولي الأمر التأكد من أن الطفل ينظر إليه أثناء تلقيه للإرشادات أو التعليمات، وأن يكون مواجهاً له، وأن تلتقي عيناه بعيني الطفل، وقد يحتاج الأمر في بعض الأحيان إلى أن يقبض المدرس أو ولي الأمر على كتفي الطفل كي يضمن تركيزه وانتباهه أثناء إلقاء الكلمات.

(ب) أن يتكلم المتحدث بصوت واضح وطبيعي، فلا يجب أن يصرخ أو يتكلم بنبرة حادة، فهؤلاء الأطفال شديدو الحساسية.

(جـ) أن تكون التعليمات مباشرة، وتتركز حول ما نريد من الطفل أن يفعله.

(د) التأكد من أن الطفل قد فهم ما ألقي عليه، وذلك بأن يطلب منه إعادة ما سمعه، فإن لم يتمكن من إعادته فعليك بتكرار التعليمات مرة أخرى، وهكذا إلى أن يتمكن الطفل من إعادة التعليمات التي سمعها بشكل جيد، ثم يعزز أو يكافأ على ذلك، ثم تقول له: "الآن عليك بتنفيذ هذه التعليمات".

أمثلة لبعض عبارات التواصل:

- ضع ملابسك المتسخة في سلة الغسيل.
- اجمع القمامة وضعها في كيس القمامة.
- اسكب كأسا من الحليب لأختك الصغيرة.
- لو سمحت أطفئ ضوء غرفتك.
- هلا ساعدتني في وضع هذا الصندوق في السيارة.
- اربط حزام الأمان عند ركوبك السيارة.
- ضع جميع لعبك في الصندوق المخصص لها.
- ضع زجاجة الحليب في الثلاجة.
- أخرج كتاب الحساب من حقيبتك.

- أخرج ورقة وقلما واستعد للكتابة.
- ضع الكتب في حقيبتك.
- اكتب أرقام هذه الصفحات لواجب القراءة.

أنماط التواصل:

توجد ثلاثة أنماط من التواصل هي:

١-التواصل السلبي Passive

٢-التواصل العدواني (المتشدد) Aggressive

٣-التواصل التوكيدي Assertive

- التواصل السلبي:

يقصد بالتواصل السلبي الاكتفاء بالتنبيه عما يجب أن يقوم الطفل بعمله مع ترك الحرية للطفل بأداء العمل أو عدم أدائه. إن الكثير من أولياء الأمور والمدرسين قد يضطرون إلى انتهاج هذا النمط السلبي في التواصل عند التعامل مع الأطفال الذين يغلب على سلوكهم السيطرة والتحكم وعدم إطاعة التعليمات، لهذا فإن أولياء الأمور والمدرسين يواجهون صعوبات كثيرة في وضع وتطبيق اللوائح والقواعد، ولهذا فقد يجدون أنه من الأسلم لهم أن يتبعوا أسلوب التواصل السلبي مع هؤلاء الأطفال رغبة منهم في تجنب المشكلات والمصادمات معهم، وفيما يلي مثال على التواصل السلبي:

الأب: لقد جاء وقت النوم يا إبراهيم، هل تريد أن تذهب إلى السرير الآن؟

الطفل: لا أريد أن أنام الآن.

الأب: حسنا، تستطيع أن تلعب لفترة أخرى وبعدها تذهب إلى السرير.

الطفل: حسنا.

الأب: لقد جاء وقت النوم يا إبراهيم، هل تريد أن تذهب إلى السرير الآن؟

الطفل: لا أريد أن أنام الآن.

الأب: حسنا. تستطيع أن تلعب لفترة أخرى وبعدها تذهب إلى السرير.

ويستمر الأب في تكرار تنبيهات في الوقت الذي يستمر الطفل في إصراره على عدم الذهاب إلى السرير حتى يغلبه النعاس ويذهب باختياره إلى السرير.

ويلاحظ هنا أن الرسالة التي وجهها الأب لابنه تعتبر رسالة مفتوحة وغير محددة التعليمات بحيث تركت للطفل حرية التفسير، كما أن الأب لم يكن مصرا على أن يقوم الطفل بتنفيذ المطلوب منه.

٢- التواصل المتشدد:

تتسم شخصية أولياء الأمور أو المدرسين الذين يستخدمون هذا النوع من التواصل بالتحكم والسيطرة، فهم جادون أكثر من اللازم وهم يهددون ويتوعدون باستخدام أقسى أنواع العقاب إذا لم تتم الاستجابة لتعليماتهم، وهم أيضا يلقبون الطفل بألقاب تحط من قدره وتجعله يشعر بالضعف والمهانة، كما يستخدم أصحاب هذا النمط من التواصل العقاب الجسدي لمعاقبة الطفل على السلوك غير الملائم.

إن هذا النمط من التواصل قد ينتج عنه تحكم مؤقت بالموقف أو طاعة مؤقتة ومحددة بتلبية الأوامر والتعليمات في وجود ولي الأمر أو المدرس صاحب هذه الشخصية المتشددة، ولكن على المدى البعيد فإن تراكم هذه المواقف يكون عند الطفل شعورا بالغضب والحقد والرغبة في الانتقام، وقد يعبر عن هذا الشعور برد فعل عنيف غير متوقع، ومن أمثلة التواصل المتشدد (العدواني):

- أنت كسول، ولا تصلح لعمل شئ، إنك لست ابني.
- أنت مخبول لا تستطيع أن تستخدم عقلك في التفكير.

- إنك لا تسمع.
- أنت أبله لا تستطيع أن تفعل ما يطلب منك.

إن أسلوب التواصل هذا قد يستخدمه بعض أولياء الأمور في المنزل، كما قد يستخدمه بعض المدرسين في المدرسة، وإن استخدامه في المدرسة يضع الطفل في مواقف أكثر إحراجا مقارنة بما عليه الحال في المنزل، فقد يقول المدرس للطفل وعلى مسمع من تلاميذ الفصل:

- هل نسيت أن تأخذ دواءك اليوم أيها الأبله؟
- إنك رأس بلا مخ.

إن هذه العبارات لا تساعد على نقد سلوك الطفل بقدر ما تحرجه أمام زملائه وتحط من قدره وبالتالي فهي تعمل على تدمير مفهوم الذات عند هذا الطفل.

٣- التواصل التوكيدي:

يعتبر التواصل التوكيدي أفضل أنماط التواصل بين أولياء الأمور والمدرسين من جهة، وبين الطفل من جهة أخرى، فهذا النمط من التواصل يعتمد على التعبير عن الأفكار والحاجات والرغبات بطريقة مباشرة وواضحة، كذلك فهو يعتمد على احترام مشاعر وحقوق الآخرين عند التواصل معهم، وبالتالي فهو يساعد على تدعيم العلاقة بين ولي الأمر والطفل، وبين المدرس والطفل، مما يؤدي إلى تشجيع الطفل على التفكير والتصرف بطريقة مستقلة وفق القواعد واللوائح المعمول بها في المنزل أو في المدرسة، ومن أمثلة التواصل التوكيدي:

* عندما تنتهي من أداء واجباتك فإنه يمكنك أن تذهب للعب.
* عليك أن تتوقف عن استخدام الألفاظ النابية لأن هذا مخالف للقواعد

وإلا   فإن عليك أن تتحمل العواقب.

* توقف عن المشاكسة وإلا سوف تعزل انفراديا.

ففي هذه الأمثلة نجد أن المدرس أو ولي الأمر قام بتوضيح السلوك (الملائم وغير الملائم) ثم وضح للطفل العواقب أو النتائج المترتبة على هذا السلوك، وترك له حرية الاختيار، إما أن يسلك السلوك الملائم ويكافأ على ذلك، أو يسلك السلوك غير الملائم ويعاقب عليه.

ومن الضوابط التي يجب على ولي الأمر أو المدرس أخذها بعين الاعتبار عند اتباع أسلوب التواصل التوكيدي مايلي:

* أصدر تعليماتك بأسلوب مهذب وثابت.
* عليك بتنفيذ ما قلته للطفل.
* احرص على أن ينظر الطفل إليك قبل أن تصدر تعليماتك.
* عليك بمراقبة تنفيذ الطفل للتعليمات بطريقة مباشرة.
* لا تسأل الطفل أن يتبع التعليمات، بل قل له أنه يتحتم عليه أن يتبع التعليمات.
* إذا أراد الطفل مناقشتك في التعليمات بهدف التخلص منها، فإن عليك الثبات على الرأي.

ثانيا: السلوك:

السلوك هو كل ما يصدر عن الفرد من قول أو عمل، وهو شيء يمكن ملاحظته وحسابه وتغيره، والسلوك إما أن يكون ملائما مرغوبا فيه، وبالتالي نعمل على زيادته وتشجيع تكراره، وإما أن يكون سلوكا غير ملائم غير مرغوب فيه، وبالتالي نعمل على إضعافه أو تعديله أو إزالته، ويتم ذلك وفق البرامج السلوكية المعدة لهذا الغرض،وذلك وفق الخطوات التالية:

الخطوة الأولي:

إن الخطوة الأولى في البرامج السلوكية هي تعريف وتحديد السلوك المراد التعامل معه سواء أكان سلوكا ملائما أو سلوكا غير ملائم، وذلك بقائمة السلوك التي تم إعدادها بالاستعانة بملاحظات أولياء الأمور والمدرسين، ومن لهم علاقة مباشرة بالطفل، إضافة إلى ملاحظات الإخصائي المعالج، انظر شكل رقم (٨)، حيث يتضمن جدولا بقائمة السلوك الملائم، تقابلها قائمة أخرى من السلوك غير الملائم الصادر عن الطفل، ويقابل كل عنصر من عناصر السلوك رقم من ١ ٥ يعبر عن درجة شدة السلوك، كما يلي:

سلوك ضعيف جدا	١
سلوك ضعيف	٢
سلوك متوسط	٣
سلوك أعلى من المتوسط	٤
سلوك شديد	٥

وتستخدم الدرجة المقابلة لكل سلوك لتحديد الإجراءات التي يجب اتباعها تجاه هذا السلوك ضمن البرنامج السلوكي.

(شكل رقم ٨)

قائمة بالسلوكيات الملائمة وغير الملائمة

اسم الطفل: .... الصف: ....

اسم المدرس: .... التاريخ: ....

مقياس تقدير السلوك

ضعيف جدًا	ضعيف	متوسط	أعلى من المتوسط	شديد
١	٢	٣	٤	٥

السلوك الملائم	درجة شدته ١-٥	السلوك غير الملائم	درجة شدته ١-٥
المساعدة في تنظيف الفصل	٤	الاعتداء بالضرب على الإخوة الصغار	٥
الاستحمام بانتظام	٣	استخدام الألفاظ النابية	٥
النظافة وترتيب الغرفة	٣	سرقة النقود من الوالدين	٥
وضع القمامة في مكانها	٣	قطع الصفحات من الكتب والمجلات	٤
العناية بالشعر وتمشيطه	١	الشخبطة على صفحات الكتب	٥
تنظيف الأسنان	١	كتابة عبارات نابية على صفحات الكتب	٣
إلقاء التحية	٤	عدم أداء الواجبات المنزلية	٤
قول كلمة الشكر	٣	سرقة لعب الآخرين	٢
عدم ترك المقعد عند أداء الواجب في الفصل	٢	عدم تكملة العمل المطلوب	٥
الحديث بصوت هادئ وبلهجة مهذبة	٤	نسيان الأدوات المدرسية	٤
المحافظة على ممتلكاته وممتلكات الآخرين	٣	تخريب ممتلكاته وممتلكات الآخرين	٣
التعاون مع الآخرين ومساعدتهم	٤	الصراخ في وجه الآخرين عدم التعاون معهم	٣

فالسلوك الملائم الذي حصل على تقدير ضعيف (١ ٣) يحتاج إلى تدعيم حتى تزداد قوته لتصل إلى ٤ أو ٥ درجات، أما بالنسبة للسلوك غير الملائم الذي حصل على تقدير كبير (٤ ٥)، فيجب العمل على إضعافه والحد من تكراره ليصل إلى تقدير ١، أو ٢ على الأكثر.

الخطوة الثانية: قائمة السلوكيات البديلة

إن الخطوة الثانية في إعداد البرامج السلوكية هي وضع قائمة بالسلوكيات البديلة للسلوكيات غير الملائمة التي يراد إزالتها أو الحد من ظهورها وتكرارها، ويتم وضع هذه القائمة على أساس أن يكون السلوك البديل عكس السلوك غير الملائم (انظر الشكل رقم ٩).

الخطوة الثالثة: التعرف على حجم المشكلة السلوكية

بعد ذلك يتم التعرف على حجم هذه المشكلات السلوكية في البيت بأن يطلب من أولياء الأمور الإجابة على الاستبيان الخاص بذلك، الذي يسمى "استبيان المواقف المنزلية"، شكل رقم ١٠ Home Situations Questionnaire، الذي أعده باركلي سنة ١٩٨٧ Barkely ، وهو خاص بالسلوك الشائع عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، كما يتم التعرف أيضا على حجم هذه المشكلات السلوكية في المدرسة، بأن يطلب من المدرسين الإجابة على استبيان المواقف المدرسية School Situations Questionnaire.

قائمة بالسلوكيات البديلة

اسم الطفل: .... الصف: ....

اسم المدرس: .... التاريخ: ....

السلوك غير الملائم	السلوك البديل
المشاجرة	التعاون مع الآخرين
التوقف عن أداء الواجب	الاستمرار في أداء الواجب
مقاطعة الآخرين أثناء الكلام	الانتظار حتى يأتي دوره في الكلام
تخريب ممتلكاته	المحافظة على ممتلكاته
تخريب ممتلكات الآخرين	المحافظة على ممتلكات الآخرين
إيذاء الحيوانات	الرأفة بالحيوانات
استخدام ألفاظ بذيئة في الكلام	الحديث بأسلوب مهذب
عدم طاعة الوالدين	الاستماع إلى الوالدين وإطاعتهم
تجاهل الأوامر	تلبية الأوامر
سرعة الغضب	التحكم في نوبات الغضب
العمل دون تفكير	التفكير والتخطيط للعمل

شكل رقم (٩)

قوائم السلوك غير الملائم والسلوك البديل

(شكل رقم ١٠)

استبيان المواقف المنزلية لأولياء الأمور

استبيان المواقف المنزلية

اسم الطفل: ....الصف: .... التاريخ: ....

اسم الشخص الذي قام بتعبئة الاستبيان: ....

التعليمات:

هل يظهر طفلك مشكلات تتعلق باتباع التعليمات أو القواعد في المواقف المنزلية المذكورة؟ إذا كان الأمر كذلك فعليك أن تضع دائرة حول كلمة "نعم" أمام الموقف، ثم ضع دائرة أخرى حول رقم واحد فقط من الأرقام الخمسة التي تصف شدة المشكلة، أما إذا كان طفلك لا يعاني من مشكلة خاصة بهذا الموقف فضع دائرة حول كلمة "لا" وانتقل إلى الموقف التالي، وهكذا حتى نهاية الاستبيان.

الموقف	وجود مشكلة	درجة شدة المشكلة				
		ضعيفة جدا	ضعيفة	متوسطة	أعلى من المتوسط	شديدة
	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
أثناء اللعب منفردا	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
أثناء اللعب مع الآخرين	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
وقت تناول الطعام	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
أثناء ارتداء أو خلع الملابس	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
وقت الاستحمام والنظافة الشخصية	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
أثناء مشاهدة التليفزيون	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
عند مقابلة الضيوف	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
أثناء أداء واجباته المنزلية	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
أثناء زيارة الأقارب والأصدقاء	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
فى خارج البيت	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
مع إخوته الصغار	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
مع إخوته الكبار	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
وقت النوم	نعم/ لا	١	٢	٣	٤	٥
العدد الكلى للمشكلات السلوكية						
متوسط شدتها						

الخطوة الرابعة: تحديد المواقف التي تظهر فيها المشكلة بشكل أكبر

بعد أن يتم تحديد المشكلات السلوكية ودرجة شدة كل منها في المواقف المنزلية، يتم في الخطوة الرابعة تحديد المواقف المنزلية التي تشتد فيها حدة المشكلات السلوكية وتفسيرها واستخراج النتائج ، كأن نقول مثلا:
"إن أكثر المشكلات حدة هي في المواقف التي يكون فيها الطفل مع الآخرين".
أو"إن أكثر المشكلات حدة هي في المواقف التي يكون فيها الطفل مع أمه".

الخطوة الخامسة: تصنيف المشكلات السلوكية الرئيسية

يتم تصنيف المشكلات السلوكية الرئيسية إلى مجموعات حسب شدتها وتكراراتها (شكل رقم ١١)

مثال: المشكلات السلوكية الرئيسية

اسم الطفل: الصف: .التاريخ:

المشكلة السلوكية	عناصر المشكلة	درجة شدتها ١ ٥
العلاقة مع الوالدين	١- الاعتداء عليهم بالضرب ٢- إهانتهم ٣- عدم طاعتهم	
العلاقة مع الإخوة والأخوات	٤- الاعتداء عليهم بالضرب ٥- سرقة أو تخريب ممتلكاتهم	
العلاقة مع الأقران	٦- المشاجرة ٧- استخدام الألفاظ النابية	
الجانب الشخصي	٨- المخاطرة ٩- الكذب والسرقة ١٠-الإهمال بالمظهر العام والنظافة الشخصية	

(شكل رقم ١١)المشكلات السلوكية الرئيسية

الخطوة السادسة: القائمة النهائية للسلوك

إن الخطوة التالية في تحديد السلوك غير الملائم هي وضع قائمة نهائية للسلوك غير الملائم والأكثر شدة وتكرارا، الذي يتحتم تعديله أو استبداله وفق البرنامج السلوكي المعد لهذا الغرض، ويجب أن تقابل هذه القائمة النهائية قائمة أخرى بالسلوك البديل المراد تنميته (شكل رقم ١٢).

مثال: القائمة النهائية للسلوك

اسم الطفل: .الصف: .التاريخ: ..

السلوك غير الملائم المراد إزالته	السلوك الملائم/ البديل المراد تنميته
– المشاجرة مع الآخرين	– اللعب والتعاون مع الآخرين
– عدم الطاعة وعدم الاستجابة للأوامر	– إطاعة الأوامر والتعليمات
– استخدام الألفاظ النابية	– استخدام ألفاظ مهذبة في الحديث
– إلقاء الإهانات والشتائم	– احترام الآخرين
– تخريب الممتلكات	– المحافظة على أملاك الآخرين

شكل رقم (١٢) القائمة النهائية للسلوك

الخطوة السابعة: قائمة السلوكيات التي يجب تجاهلها

إذا كانت مراقبة السلوك وملاحظته والاهتمام المستمر به يؤدي إلى مكافأته وتقويته، فإن تجاهله قد يعنى معاقبته وإضعافه، وبعبارة أخرى، فإن تجاهل السلوك يؤدي إلى إخفائه والتخلص منه، وعند إصدار قرار باتباع أسلوب التجاهل يجب مراعاة الآتي:

١– ليست كل أنواع السلوك غير الملائم قابلة للتجاهل.

٢- الترابط والاستمرارية في التجاهل، فلا ينبغي أن نتجاهل السلوك في بعض الأحيان ونهتم به في أحيان أخرى.

٣- يجب مراقبة التغير في عدد مرات تكرار السلوك ودرجة شدته.

٤- يجب أن نتوقع ازدياد حدة السلوك في بداية عملية التجاهل، فيجب ألا يؤثر هذا على قرار التجاهل.

٥- يجب أن تستمر عملية التجاهل طوال الفترة التي حددها الإخصائي المعالج والتي تعتمد على شدة هذا السلوك، فقد تتراوح فترة التجاهل بين أسبوعين إلى ثمانية أسابيع.

٦- إذا أذعنت لغضب الطفل ولو مرة واحدة، فإنك تكون قد ساعدت الطفل على الاستمرار في السلوك غير الملائم، وأيضا تعزيز هذا السلوك.

ثالثا: التوابع أو نتائج السلوك:

يشير القاموس السلوكي إلى أن كلمة Consequences تعني الأحداث أو التوابع التي تتبع السلوك، وهي إما أن تكون توابع إيجابية متمثلة بالمكافآت التي تعمل على تدعيم السلوك الملائم والاحتفاظ به، وإما أن تكون توابع سلبية متمثلة في العقاب الذي يؤدي إلى إضعاف السلوك غير الملائم، ويقلل من احتمالات ظهوره، ولهذا فيجب ألا يترك السلوك بأي حال من الأحوال دون مكافأة أو عقاب، لأن غياب المكافأة سوف يضعف من احتمال ظهور السلوك الملائم مرة أخرى، وإن غياب العقاب سوف يساعد على تدعيم السلوك غير الملائم واستمرار ظهوره.

ويمكن تصنيف المكافآت إلى ثلاث مجموعات:

١- مادية ملموسة.

٢- أنشطة ومميزات.

٣- جوائز ومكافآت اجتماعية.

أما العقاب فيصنف إلى مجموعتين:

١- التنفير، ويتمثل في تعريض الطفل لمثيرات وأحداث سلبية تؤدي إلى الشعور بالألم وعدم الراحة.

٢- المنع أو الحرمان، وهو حجب المثيرات والأحداث الإيجابية عن متناول الطفل، أي إبعاد المثيرات الإيجابية التي تثير في الطفل البهجة والسعادة.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه عند اختيار العقاب كتابع للسلوك غير الملائم يجب ألا تستخدم العقاب الجسدي (الضرب) لأنه لن يجدي في حالة الطفل الذي يعاني من قصور في الانتباه والحركة المفرطة، لأنه ينتج عنه الكثير من النتائج غير المرغوبة، ولقد حدد كل من ازرين وهولز ١٩٦٦ Azrin and Holz, هذه النتائج بما يلي:

* الميل إلى الانسحاب وعدم التفاعل اجتماعيا.
* رد فعل سلبي يتمثل بالغضب والاعتداء وعدم الاستجابة للتعليمات.
* يمثل العقاب الجسدي نموذجا للسلوك العدواني الذي قد يتعلمه الطفل، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بين الطفل وبين رموز السلطة.

* ينمي لدى الطفل التحكم الإجباري في السلوك، فهو يكف عن السلوك غير الملائم في وجود رمز السلطة التي تطبق العقاب، ثم يعود ليمارس هذا السلوك في

غياب السلطة.

* التأثير على مفهوم الذات عند الطفل، فهو يشعر أنه لا قيمة له وأنه يستحق مثل هذا العقاب أو هذه المعاملة.

متابعة السلوك

تعتبر إجراءات متابعة السلوك الذي يتم التعامل معه جزءا أساسيا من برنامج العلاج السلوكي، فبعد تحديد السلوك غير الملائم الذي نحن بصدد إلغائه أو إضعافه يجب أن نحصل على الخط القاعدي أي متوسط تكراراته أو شدته قبل التعامل معه، وفي أثناء التعامل مع هذا السلوك وفق البرنامج العلاجي تتم متابعته وحساب شدته باستمرار ومقارنة نتائج هذه المتابعة بالخط القاعدي الذي سبق الحصول عليه من قبل تطبيق البرنامج العلاجي، ويعتبر هذا الإجراء هاما وضروريا لتقرير مدى فاعلية هذا البرنامج العلاجي.

قبل البدء في متابعة السلوك فإنه يجب مراعاة الآتي:

(١) تحديد نوع الجدول الذي سوف يستخدم في تسجيل السلوك محل المتابعة أو الملاحظة، فنستخدم مثلا جدول التسجيل اليومي مع السلوك الذي يظهر أو يتكرر باستمرار خلال اليوم الواحد، أما في حالة انخفاض عدد مرات ظهور السلوك في اليوم الواحد، فإننا نستخدم جدول التسجيل الأسبوعي مثلا.

(٢) يجب أن يعرف السلوك محل المتابعة تعريفا واضحا مما يسمح بملاحظة وحساب تكراراته.

(٣) يجب أن تتركز المتابعة على سلوك واحد فقط.

(٤) عند الحصول على معلومات كافية عن السلوك محل المتابعة، فإنه يتم عمل رسم بياني بتطور هذا السلوك (انظر شكل رقم ١٣).

(٥) في نهاية فترة المتابعة تتم كتابة تقرير عن تطور السلوك مدعم بالرسوم البيانية.

متابعة السلوك

اسم الطفل: ....الفصل: ....التاريخ: ....

اسم المراقب: ....السلوك: ....

عدد مرات ظهور السلوك	السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس
	٥ مرات	٧ مرات	٧ مرات	١٠ مرات	١٤ مرة	١٨ مرة
٢٠ ١٥ ١٠ ٥						
عدد مرات ظهور السلوك	السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس

شكل رقم (١٣) جدول متابعة السلوك

اختيار المعززات الإيجابية والمعززات السلبية:

إن كل ما يساعد على تدعيم وزيادة تكرار السلوك الملائم يعتبر معززا إيجابيًا، وإن كل ما يساعد على إضعاف وإزالة السلوك غير الملائم يعتبر معززا سلبيًا، ولهذا

يجب تحديد نوع المعززات الإيجابية والسلبية التي تتناسب مع كل حالة من الحالات، فليس كل معزز إيجابي أو سلبي يصلح لجميع الأطفال، فالمعزز الإيجابي الذي ينجح في تدعيم السلوك الملائم عند طفل معين قد لا يصلح استخدامه مع طفل آخر، ومثل ذلك يقال بالنسبة للمعززات السلبية، ومن الطرق التي تساعد على حسن اختيار وتحديد المعززات:

(١) الطفل نفسه: أن تسأل الطفل عن الأشياء التي يحبها والأشياء التي يكرهها، فتستخدم الأشياء التي يحب عملها أو امتلاكها كمعززات إيجابية، أما الأشياء التي يكرهها فتستخدم كمعززات سلبية، أو يتم استخدام استبيان المعززات لهذا الغرض (شكل ١٤، وشكل ١٥، وشكل ١٦).

(٢) الملاحظة: أن تلاحظ بنفسك ومن خلال تعاملك اليومي مع الطفل في المواقف المختلفة الأشياء التي يفضلها ويحبها والأشياء التي يكرهها ويبتعد عنها، وذلك من خلال تسجيل عدد تكرارات الأنشطة التي يحبها الطفل، وتعتبر هذه الطريقة أفضل من الطريقة السابقة أي سؤال الطفل، لأنه قد يصعب في بعض الأحيان الحكم على مدى مصداقية رغبات الطفل خاصة إذا كان يعرف أن هذه المعلومات سوف يتم استخدامها لاختيار أساليب المكافأة والعقاب ضمن البرنامج السلوكي.

استبيان المعززات للأطفال

الاسم: ....الصف: ....التاريخ: ....

العمر: ....الجنس: ....

فيما يلي بعض الأنشطة التي بإمكانك القيام بها للترفيه عن نفسك، ضع علامة (√) أمام النشاط الذي تحب أن تقوم به، ويمكنك استخدام الفراغ الذي في نهاية الاستبيان لكتابة الأنشطة التي تحب ن تقوم بها والتي لا توجد ضمن القائمة.

أحب أن أفعله	النشاط
	الاستماع إلى الراديو
	الاستماع إلى جهاز التسجيل
	مشاهدة التليفزيون
	ركوب الدراجات
	المشي
	لعب كرة السلة
	اللعب بمفردى
	قراءة الكتب
	التسوق
	السباحة
	الجري
	التلوين
	الرسم
	تشكيل الصلصال
	الطبخ
	عمل الحلوى
	كتابة الرسائل
	قفز الحبل
	حل الكلمات المتقاطعة
	مساعـدة المدرس
	اللعب بالعرائس والدمى
	الحديث بالتليفون
	مساعدة أمى وأبى
	أنشطة تحب القيام بها ليست موجودة بالقائمة : ١- ٢- ٣- ٤- ٥-

شكل رقم (١٤) استبيان المعززات - للأطفال

استبيان المعززات

تعبئة الفراغات

الاسم: ....الصف: ....التاريخ: ....

العمر: ....الجنس: ....

أكمل العبارات الآتية بكلمات مناسبة بحيث يدل المعنى النهائي للعبارة على الأشياء التي تحبها أو الأشياء التي تكرهها.

(١) إن ....هو الشخص المفضل لديَّ في البيت.

(٢) إن أحب المواد الدراسية إلى قلبي هي ....

(٣) إذا كنت أملك عشرة دنانير فإنني سوف أشتري.....................

(٤) إن .... هو أفضل أقربائي.

(٥) أحب أن أكون ....عندما أكبر.

(٦) الشخص الذي يعاقبني باستمرار هو..............................

(٧) الشخص المفضل لديَّ في المدرسة هو.............................

(٨) أشعر بالارتياح عندما ....

(٩) كي أحصل على النقود من أبي فإن عليَّ أن.........................

(١٠) عندما أسلك سلوكا غير ملائم فإن أبي...........................

(١١) عندما أسلك سلوكا غير ملائم فإن أمي..............................

(١٢) عندما أقوم بعمل جيد فإن أبي...................................

(١٣) عندما أقوم بعمل جيد فإن أمي...................................

(١٤) يغتاظ المدرس مني عندما...

(١٥) من أكثر أنواع العقاب التي أكرهها...............................

(١٦) من أكثر المكافآت التي أحبها.......................................

شكل رقم (١٥) استبيان المعززات – تعبئة الفراغات

أمثلة للمعززات الاجتماعية:

١- **المعززات الاجتماعية غير اللفظية:**

* العناق.
* الابتسامة.
* التربيت على الرأس أو الكتف.
* ملامسة شعر الرأس.
* وضع الذراع حول كتفي الطفل.
* رفع إصبع الإبهام إلى أعلى.

٢- **المعززات الاجتماعية اللفظية:**

* إني معجب بما قمت به.
* إنه لعمل عظيم.
* إنه لعمل جميل.
* لقد كان جميلاً منك هذا.
* إنك أصبحت كبيراً.
* إنها طريقة جيدة تلك التي تعاملت بها مع ....
* أنا فخور بك.
* من ستة شهور فقط كنت لاتستطيع أن تفعل ما فعلته الآن.

استبيان كمية المعززات

الاسم: ....الصف: ....

التاريخ: . ...العمر: ....الجنس: ....

بين الكمية التي تحب أن تحصل عليها من الأشياء (المعززات) التالية، وذلك بأن تضع علامة (×) في المربع الذي يشير إلى الكمية التي تحب الحصول عليها.

المعززات	لا شيء	قليل	كثير جدا
اللعبة المفضلة			
المصروف اليومي			
مشاهدة برنامج التليفزيون المفضل لك			
اللعب بعد المدرسة			
اللعب في غرفتك			
التأخر في الذهاب إلى النوم			
الحلوى			
زيارة صديقك			
النزهة مع الوالدين			
تناول الطعام خارج المنزل مع الوالدين			
الذهاب إلى السينما مع الوالدين			
الذهاب إلى السينما مع الأصدقاء			
الذهاب إلى حديقة الحيوان مع الوالدين			
مشاهدة مباراة كرة القدم			
مشاهدة مباراة كرة السلة			
ركوب الدراجة			
مشاهدة أفلام الكارتون			
تنظيف الحمام			
تنظيف غرفتك			
النقود			
تنظيف النوافذ			
غسيل الأطباق			
تلميع الأثاث			

(شكل رقم ١٦) استبيان كمية المعزز – للأطفال

٣- أولياء الأمور:

يمكن الاستعانة بأولياء الأمور للتعرف على الأشياء التي يحبها الطفل والأشياء التي يكرهها، وذلك من خلال تعبئة النموذج الخاص بذلك.

٤- الأشخاص الذين يتعاملون مع الطفل:

يعتبر كل من المرشد الطلابي والمدرس والإخصائي النفسي والأصدقاء القريبين للطفل من المصادر الهامة للحصول على معلومات تتعلق بما يحبه الطفل وبما يكرهه.

بعد أن يتم جمع المعلومات من المصادر السابقة عن كل الأشياء التي يحبها الطفل، والأشياء التي يكرهها، تتم مراجعتها ومطابقتها بعضها مع بعض، ويتم اختيار ما وافقت عليه الأغلبية، ثم يتم عمل جدول بهذه المعززات ويضم إلى قائمة الأوراق الرسمية في البرنامج السلوكي (انظر شكل رقم ١٧).

شكل رقم (١٧) نموذج لجدول المعززات

اسم الطفل: ....الصف: ....التاريخ: ....

ما يحب	ما يكره
ألعاب الكمبيوتر	العزل الانفرادي
كرة القدم	واجبات الحساب
المشاركة في الرحلات المدرسية	ترتيب المكتب
مشاهدة التليفزيون	تنظيف الفصل
امتلاك النقود	قراءة تقرير أمام الفصل

المعززات الاجتماعية:

تتكون المعززات الاجتماعية من أفعال غير لفظية كـاللمس والتلميح الـذي تصاحبه كلمات الاستحسان أو التشجيع، وهي تعتبر جزءا من البرنامج السلوكي الخاص بالطفل. إن استخدام الوالدين والمدرسين للمعززات الاجتماعية مع الطفل باستمرار يساعد على تغير السلوك غير الملائم وتعزيز السلوك الملائم، ولكن قد ينقص بعض أولياء الأمور والمدرسين البراعة اللازمة لاستخدام هذا الأسلوب، ولهذا فقد أشار باركلي Barkely, 1987 إلى ضرورة اتباع الآتي عند استخدام المعززات الاجتماعية:

١- أن تقدم المكافأة أو المعزز الاجتماعي مباشرة بعد أن يصدُر عن الطفل السلوك الملائم.

٢- كن واضحًا ومحددًا في تعليماتك.

٣- أن تكون عبارات الاستحسان مفهومة ومهذبة ولا تكون محبطة للطفل، فالعبارة التالية تعتبر مثالاً للعبارات المحبطة غير اللبقة: "إنه لحسن منك أن قمت بتنظيف غرفتك، مع أنه من المفروض أن تكون قد فعلت ذلك من مدة طويلة".

٤- أن ترافق المعززات الاجتماعية غير اللفظية معززات لفظية، لأن هذا يزيد من قوة المعزز الاجتماعي، فعلى سبيل المثال: أن تقول للطفل: "لقد قمت فعلاً بعمل رائع" في الوقت الذي تربت فيه على ظهره.

الربط بين السلوك والمعزز:

يفترض ألاّ يحصل الطفل على المكافأة أو المعزز الإيجابي إلا بعد أن

يؤدي السلوك الملائم، ولهذا فعند صياغة البرامج السلوكية يجب مراعاة الآتي:

(١) الربط بين السلوك المطلوب وبين المعزز أو المكافأة التي تتبعه.

(٢) يجب أن يتم الربط بأسلوب إيجابي مثل: "عندما تنظف غرفتك فإنه يمكنك أن تخرج للعب"، بدلا من أن تقول: "إذا لم تنظف غرفتك فإنك لن تخرج للعب".

(٣) أن تستخدم "عندما تعمل" بدلا من "إذا لم تعمل"، ففي كلمة "عندما" تأكيد على حتمية العمل.

(٤) ألا يسمح للطفل بالحصول على المعزز أو المكافأة بناء على وعد منه بإتمام العمل أو السلوك بعد ذلك، فقد يقول الطفل: "دعني أشاهد التليفزيون الآن وأعدك أن أنظف غرفتي بعد ذلك"، أو قد تأتي المبادرة من ولي الأمر نفسه بأن يقول: "باستطاعتك مشاهدة التليفزيون الآن، ولكن عليك بتنظيف غرفتك بعد ذلك".

(٥) إن من أهم الخصائص التي يتميز بها الأطفال ذوو قصور الانتباه والحركة المفرطة عدم القدرة على تأجيل أو تأخير الإشباع، أي أن هؤلاء الأطفال يفضلون الحصول على المعزز أو المكافأة مباشرة بعد إتمام السلوك أو العمل دون تأخير أو إرجاء، ولهذا فمن الأفضل في مثل هذه الحالة تقسيم السلوك أو العمل إلى أجزاء أو عناصر صغيرة، ويحصل الطفل على كمية صغيرة من المعزز مباشرة بعد إتمام كل عنصر من عناصر السلوك.

تشكيل السلوك Shaping:

يقصد بتشكيل السلوك تقسيمه إلى مجموعة خطوات متتابعة بحيث يقدم المعزز للطفل بعد نجاحه في كل خطوة من هذه الخطوات حتى يتمكن من أداء

السلوك الملائم، ويستخدم أسلوب تشكيل السلوك في الحالات التالية:

١- عندما لا يتمكن الطفل من أداء السلوك الملائم.

٢- عندما لا يكون باستطاعة الطفل أداء السلوك الملائم، ولكنه يستطيع تأدية سلوك قريب منه.

٣- عندما لا يستطيع الطفل أداء السلوك الملائم بشكل كلي، ولكنه يستطيع أن يؤدي جزءا من هذا السلوك.

وعند استخدام أسلوب تشكيل السلوك يجب مراعاة الآتي:

* تقديم نموذج للسلوك الملائم المطلوب تعلمه.

* أن تصاغ التعليمات بشكل إيجابي، كأن تقول: "لا أريد منك أن تفعل كذا.."، بدلا من "لا أريدك أن تفعل كذا..".

* أن توضح للطفل ما تريد منه أن يفعله مثل "أريد منك ألا تستخدم ألفاظا نابية، وألا تتشاجر مع زملائك، وأن تلقي التحية على من يقابلك". بدلا من "أريد منك أن تسلك سلوكا حسنا".

* تجنب استخدام العقاب الجسدي، وأكثر من استخدام المعززات الاجتماعية "اللمس المصاحب بكلمات الاستحسان".

* أن تكون متواضعا في توقعاتك، فتوقع أن يحدث تغير بسيط في السلوك في بداية الأمر، وأنه سوف يمضي وقت طويل حتى يحدث التغير الجذري.

* ركز الاهتمام حول تغيير سلوك واحد فقط ولا تنشغل بأكثر من سلوك في وقت

واحد.

* قدم المعزز أو المكافأة للسلوك الملائم، وعاقب السلوك غير الملائم، ولا تعكس الصورة.

* قدم المعزز مباشرة بعد صدور السلوك.

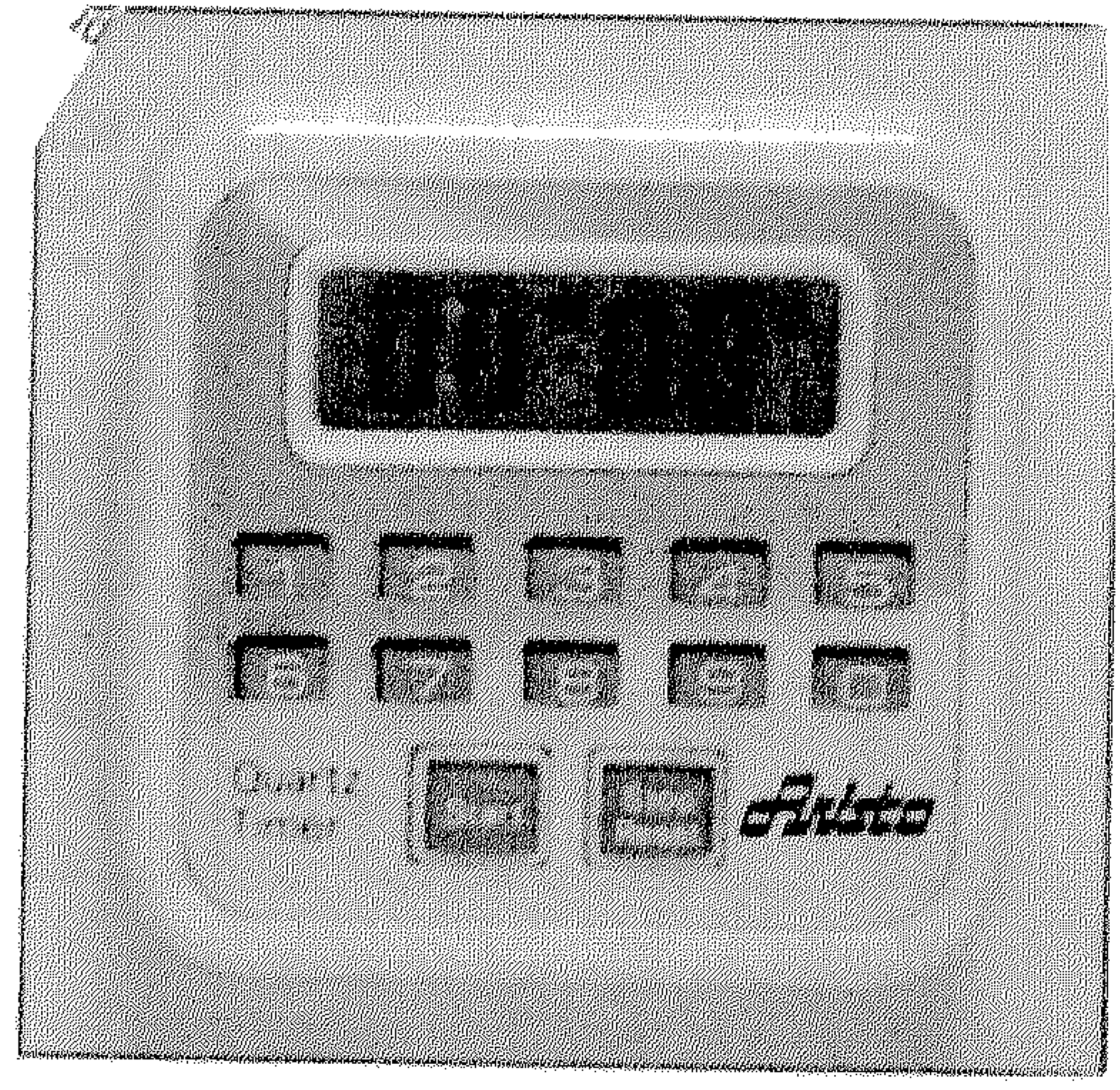
* قم بمعاقبة السلوك غير الملائم ولا تكتف بالتهديدات اللفظية.

الفصل السادس

أساليب أخرى لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وتوصيات لأولياء الأمور

****

* أسلوب الوصول إلى أعلى درجات الاستثارة أو اليقظة.
* أسلوب التحليل النفسي.
* التأهيل.
* الأجهزة الكهربائية.
* أشرطة التسجيل.
* أجهزة برامج الكمبيوتر.
* جهاز المراقبة الذاتية للسلوك.
* جهاز التحكم عن بعد.
* توصيات لأولياءالأمور.


Quartz
Timer
Aristo

الفصل السادس

أساليب أخرى لعلاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

لا يكاد يخلو مركز من مراكز البحوث والدراسات التربوية أو مراكز طب الأطفال هذه الأيام في الولايات المتحدة الأمريكية من بحث أو دراسة حول موضوع اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فهذه الاضطرابات هي الشغل الشاغل لجميع المتخصصين والعاملين مع الأطفال سواء في المدارس أو المستشفيات أو المراكز العلاجية والتأهيلية، فعدد الأطفال الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة في تزايد مستمر، ومشكلاتهم تكاد تؤرق حياة المدرسين وأولياء الأمور، إضافة إلى انعكاساتها السلبية على الطفل نفسه، وعلى المجتمع أو البيئة التي يعيش فيها هذا الطفل.

فالدواء وحده لا يكفي لعلاج هذه الاضطرابات، وحتى عندما يقترن تعاطيه مع برامج العلاج السلوكي، فإن النجاح في علاج هذه الاضطرابات لم يصل إلى درجته القصوى، لهذا فكلما عُززت الأدوية والبرامج السلوكية بأساليب ووسائل أخرى للعلاج، أدى ذلك إلى زيادة معدل النجاح في علاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، ولقد تم مؤخرًا استخدام بعض الأساليب والأجهزة التي تدعم وتزيد من نسبة نجاح الأدوية والبرامج السلوكية في علاج اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وهذه الأساليب والأجهزة هي:

١)أسلوب الوصول إلى أعلى درجات الاستثارة أو التيقظ.

٢)أسلوب التحليل النفسي.

٣)التأهيل.

٤)الأجهزة الكهربائية.

٥)أشرطة التسجيل.

٦)أجهزة وبرامج الكمبيوتر.

٧)جهاز المراقبة الذاتية للسلوك.

٨)جهاز التحكم عن بعد.

١- أسلوب الوصول إلى أعلى درجات الاستثارة أو التيقظ:

يقوم هذا الأسلوب على فكرة أن كل إنسان يستطيع أن يصل إلى مستوى للتيقظ أعلى أو أفضل من المستوى الحالي، وأن الوصول إلى هذا المستوى الأفضل سوف يساعد على تحسين التحصيل الدراسي، ويعتمد هذا الأسلوب على إدخال بعض تعديلات على المواد والأدوات التعليمية بحيث تصبح أكثر استثارة للانتباه، فاستخدام الألوان البراقة في الكتابة مثلاً يساعد على تثبيت واستمرار الانتباه أثناء القراءة.

وقد أثبت فليك Flick, ١٩٨٩ أن استخدام درجات الألوان واستخدام الأشكال البراقة في المطبوعات والمواد التعليمية يساعد على زيادة الانتباه عند الأطفال المعاقين عقليًا، كذلك فإن استخدام الموسيقى للتغطية على المؤثرات الخارجية يساعد على زيادة الاستثارة والانتباه عند الأطفال ذوي اضطرابات

قصور الانتباه والحركة المفرطة. وفي دراسة أجراها كريب Cripe, ١٩٨٦ وجد أن إيقاعات الطبول تساعد على زيادة نشاط الجهاز العصبي، ووجد أن استخدام المثيرات البصرية يساعد على زيادة النشاط العصبي للجسم، وبالتالي زيادة التركيز والانتباه.

٢- أسلوب التحليل النفسي

أشار التقرير الذي نشره بيرت Burte, ١٩٩٤ إلى أن استخدام التحليل النفسي يؤدي إلى إحراز نتائج فعالة في حالات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وذلك بإستخدام أسلوب التصور والقصص الخيالية التي تساعد على التعبير عن بعض السلوك والمشاعر مثل الاندفاعية ومشكلات التركيز وقبول الذات ومشكلات الثقة بالنفس، كذلك فإن أسلوب التحليل النفسي يساعد أولياء الأمور على اكتشاف مشاعرهم وإعادة تشكيل مفاهيمهم عن الطفل ومشكلاته، وهو يساعد أيضًا المدرسين على فهم سلوك الطفل ووضع تصور أفضل له.

إن أسلوب التحليل النفسي يساعد على تعزيز السلوكيات والمهارات المرغوبة اجتماعيًّا من خلال العمل الجماعي واستخدام القصص العلاجية.

٣- التأهيل

لقد قام بعض إخصائيِّي العلاج النفس عصبي بتطوير أساليب حديثة تساعد على إعادة تأهيل البالغين والأطفال الذين كانوا يعانون من إصابات الدماغ، التي أدت إلى حدوث قصور في مهارات معينة لديهم مثل الانتباه والذاكرة والمهارات البصرية - الحركية، والمهارات التي تساعد على التكيف

مع متطلبات الحياة اليومية، ولقد ركزت هذه الأساليب على إصلاح المهارات التي تأثرت بإصابات الدماغ. ومن أشهر أساليب التأهيل ذلك البرنامج الذي قام بتطويره كل من سانفورد وبراون Sanford and Browne, ١٩٨٨ والمسمَّى باسم كابتن لوج Captain Log أو ملعب العقل Mental Gym وهو مبرمج على الكمبيوتر ويضم مجموعة من التدريبات العقلية في مجالات الانتباه، والمهارات البصرية والمهارات الحركية ومهارات الإدراك، والمفاهيم العددية والرقمية ومهارات الذاكرة، والتمييز البصري، والتمييز السمعي، والانتباه إلى التفاصيل، ومن الجدير بالذكر بأن هذا البرنامج يجب أن يستخدم تحت إشراف إخصائي العلاج العصبي النفسي لما يحتويه من تفاصيل وإجراءات معقدة، وتتراوح فترة التدريب على هذا البرنامج بين ٢٠ ٣٥ جلسة، وقد أشار الاستطلاع الذي أجري على أولياء الأمور والمدرسين إلى أن هذا البرنامج يساعد على تنمية المهارات التي تم التدريب عليها.

٤- الأجهزة الكهربائية

قام لفنسون وآخرون Levinson et al., ١٩٩٥ بتطوير جهاز تنبيه كهربائي أطلق عليه "المساعد على الدافعية" Motive Aider ، حيث يعمل هذا الجهاز على إصدار تنبيهات للطفل لحثه على أداء السلوك الملائم، وهذا الجهاز شبيه بجهاز التنبيه التليفوني ويمكن تثبيته بحزام الوسط أو وضعه في الجيب، ويمكن ضبط توقيت إصدار الذبذبات أو الأصوات حسبما يرى الإخصائي المعالج، حيث يتم ربط الأصوات أو الذبذبات بتعليمات معينة، فمثلا يقال للطفل: "عندما تسمع الصوت أو تشعر بالذبذبات فإن عليك الانتباه

والاستمرار في أداء الواجب الذي تقوم به".

ويستخدم هذا الجهاز أيضا في المراقبة الذاتية للسلوك، ولهذا فهو يريح المدرسين وأولياء الأمور من مهمة تذكير الطفل ومطالبته بأداء الواجب أو اتباع السلوك الملائم. ولقد ظهر مؤخرا جهاز تنبيه أكثر تطورًا ومبرمج بالكمبيوتر يسمى صندوق الوخز الخفيف (الدغدغة) Tickle Box، قامت بصناعته شركة تعديل المواد التعليمية بالولايات المتحدة الأمريكية Adaptive Learning Company، ويعمل هذا الجهاز على تزويد الطفل بإشارات على شكل ذبذبات أو إشارات مرئية لينتبه لأشياء عليه أن يؤديها وفق توقيت محدد، كذلك فإن هذا الجهاز مبرمج بقائمة من التعزيزات المرئية الصوتية تصدر منه كلما قام الطفل بأداء المطلوب منه في الموعد المحدد، فيصدر كلمات التشجيع مثل "أحسنت" أو يظهر على الشاشة نجوم ملونة أو شهادة تقدير.

على الرغم من عدم توافر دراسات رسمية حول إيجابيات هذه الأجهزة، فإن الملاحظات الإيجابية التي أبداها أولياء الأمور والمدرسين تشجع على التوسع في استمرار استخدامها كأداة مساعدة على زيادة الانتباه والتركيز عند الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، ومع إقرار العديد من المختصين لفوائد هذه الأجهزة المنبهة، فإن لهم تحفظات على الأصوات التي تنبعث منها وعلى عدم قدرتها على التحكم في الأصوات الخارجية وأن الطفل ذا قصور الانتباه والحركة المفرطة يعتبر شديد الحساسية للأصوات التي يسمعها سواء داخل الفصل أو خارجه، فانتباهه قد يتشتت لأقل الأصوات وأرقها، والتي قد لا تثير الأطفال العاديين، ولتلافي هذا العنصر السلبي فقد

قامت شركة Phonic Ear الأمريكيـة بتصنيـع جـهاز تنبيـه أطلـق عليـه اسـم Easy Listener ويعمل هذا الجهاز على توفير بيئـة سمعيـة أفضـل مـن تلـك التي توفرها الأجهزة الأخرى، فهو يعمل على خفض الضوضاء الصـادرة مـن أجهزة التكييـف أو زحزحـة المقـاعد في الفصـل أو المحادثـات الجانبيـة بـين الأطفال داخل الفصل، وفي نفس الوقت، فإن هذا الجهاز يعمـل علـى توضيـح وتكبير صوت المدرس. إن من أبرز إيجابيات هذا الجهاز قدرتـه علـى تحسـين الرسالة المسموعة الموجهة للطفـل في الوقـت الـذي يقلـل فيـه مـن الضوضـاء أو الأصوات الجانبية، والجهاز يتكون من جزءين: المرسل: وهـو الجـزء الخـاص بالمدرس، والمستقبل: وهو الجزء الخاص بالطفل.

ولقد تم اختبار هذا الجهاز على المستوى الفـردي للتعـرف علـى مـدى فاعليته في المواقف المختلفة داخل الفصل، فوجد أن من أبرز فوائده ما يلي:

* زيادة الاهتمام بصوتيات اللغة مما يساعد على تحسين الفهم خلال القراءة.
* خفض درجة التشتت أثناء أداء الواجبات.
* زيادة التمييز السمعي مما يساعد على علاج الأخطاء اللغوية.

* يمكن أن يستخدم كجهاز تنبيه يستخدمه المدرس لتذكير الطفـل بالاسـتمرار في أداء الواجب أو الكـف عـن أداء السـلوك غـير الملائـم دون أن ينتبـه أطفـال الفصل لذلك، كما يمكن أن يقوم المدرس بتنبيه أكثر مـن طفـل في وقـت واحـد وبنفس الطريقة.

* ونظرا لارتفاع ثمن جهاز Easy Listener فقد قامت شركة Educational Solutions الأمريكية بتصنيع جـهاز مشـابه ولكنـه أقـل تكلفـة وأطلـق عليـه

Noisebuster Extreme بمعنى جهاز خفض الأصوات الصاخبة، وهو عبارة عن صفائح إليكترونية تقوم بتحليل الأصوات التي يستقبلها الجهاز وضبط الموجات الصوتية التي تصل إلى سماعات الأذن، ويمكن استخدام هذا الجهاز في الفصل أو في المنزل أثناء أداء الواجبات المدرسية.

٥- أشرطة التسجيل

تعتبر أشرطة التسجيل من الوسائل الفعالة في تحسين القدرة على التعلم، فيمكن استخدامها للتدريب على تهجية الكلمات وزيادة الإحساس السمعي بها مما يساعد على كتابتها بشكل سليم. وحيث إن معظم الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة يعانون من مشكلات في الكتابة، فإن أشرطة التسجيل تفيد في تسجيل القصص أو المقالات أو الموضوعات التي يُطلب منهم كتابتها دون الاصطدام بمشكلة الكتابة مما يساعد على استرخاء الطفل وتحويل الواجب إلى عملية ممتعة ومشوقة.

ومن الاستخدامات الأخرى لأشرطة التسجيل تسجيل ولي الأمر للتعليمات أو الخطة اليومية التي على الطفل أن يتبعها وكذلك تسجيل بعض العبارات أو الكلمات التي تشجع الطفل على أداء الواجب والاستمرار فيه، إضافة إلى تعزيزه بعد أداء الواجب.

٦- أجهزة وبرامج الكمبيوتر

أثبت البحث الذي أجراه فورد وآخرون ١٩٩٣ ,.Ford et al أن الأطفال بوجه عام يكونون أكثر حماسا عندما يطلب منهم أداء بعض الواجبات

على جهاز الكمبيوتر، وأنهم على استعداد للبقاء أمام هذا الجهاز لفترات زمنية أطول من تلك التي يقضونها في أداء الواجبات الأخرى التي تعتمد على القراءة أو الكتابة أو الاستماع بالطرق التقليدية، ومن أبرز البرامج التي تساعد الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة على زيادة القدرة على الانتباه والتركيز وأداء الواجب ما يعرف باسم Kid Works أي "طفل يعمل" حيث يقوم الطفل بتجميع العبارات والصور المتفرقة ليكون منها قصة أو رواية قصيرة.

٧- جهاز المراقبة الذاتية:

قام هارفي باركر Harvy Parker بتصميم جهاز للمراقبة الذاتية للمساعدة على تحسين السلوك والاستمرار في أداء الواجب وسماه بجهاز "اسمع وانظر وفكر" Listen, look and think ويتكون من جهاز تسجيل يصدر تنبيهات للطفل عن طريق سماعات الأذن وفق فترات زمنية محددة (كل خمس دقائق أو كل عشر دقائق مثلاً)، فعندما يسمع الطفل هذه التنبيهات يقوم على الفور بوضع علامة على النموذج الذي أمامه (انظر شكل رقم ١٨) ليدل على ما إذا كان منشغلاً بأداء الواجب أم لا.

٨- جهاز التحكم عن بعد

يعتبر جهاز التدريب على الانتباه Attention Training System الذي صممه جوردن وآخرون Gordon et al., ١٩٩١ من الأجهزة التي تستخدم في المساعدة على تحسين سلوك أداء الواجب، ويتكون هذا الجهاز من لوحة كهربائية داخل صندوق تعمل ببطارية صغيرة، ويوضع هذا الصندوق

على مكتب الطفل، ويتم التحكم فيه عن طريق جهاز التحكم عن بُعد، الذي يكون بيد المدرس Remote Control، فإذا لاحظ المدرس انشغال الطفل عن أداء الواجب وعدم انتباهه أو قيامه بسلوك غير مرغوب فإنه يقوم بالضغط على جهاز التحكم عن بُعد لتظهر على اللوحة الكهربائية أمام الطفل إشارة تحذير أو رسالة تبلغه أنه تم خصم درجة من رصيده اليومي، كذلك يمكن للمدرس إرسال إشارات وعبارات تشجيعية لتعزيز السلوك الإيجابي.

تعتبر هذه الطريقة ذات فاعلية كبيرة مثلها مثل فعالية الأدوية المنشطة كما أنها تساعد المدرس على مراقبة أكثر من طفل في وقت واحد داخل الفصل وتوجيه سلوكهم.

نموذج المراقبة الذاتية للسلوك

اسم الطفل: ....الصف: ....

اسم المدرس: ....التاريخ: ....

النشاط: ....السلوك: ....

التعليمات:

عندما تسمع التنبيه ضع رقم (١) أسفل عبارة "كنت مشغولاً بأداء الواجب" إذا كنت فعلا مشغولا بأداء الواجب عندما سمعت التنبيه، وضع رقم (٠) صفر أسفل عبارة "لم أكن أقوم بأداء الواجب"، أما إذا سمعت التنبيه وكنت منشغلاً عن أداء الواجب، فضع رقم (٠) أسفل عبارة " مشغولاً بأداء الواجب "، ورقم (١) أسفل عبارة " منشغلاً عن أداء الواجب ". وفي نهاية الواجب تحسب عدد مرات الانشغال بأداء الواجب، وعدد مرات الانشغال عن

أداء الواجب، ويتم مقارنتها.

(شكل رقم ١٨)

نموذج المراقبة الذاتية للسلوك

مشغولا بأداء الواجب	منشغلا عن أداء الواجب	الوقت
العدد الكلي:-	العدد الكلي:-	

توصيات لأولياء الأمور

قبل أن يبدأ أولياء الأمور في تنفيذ الدور المناط بهم في التعامل مع مشكلات أطفالهم وفق البرنامج العلاجي المخصص لكل طفل، فإن عليهم فهم

طبيعة علاقة التعامل مع أطفالهم ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، فلقد أشارت العديد من الدراسات النفسية إلى أن الأطفال الذين يغلب على سلوكهم النمط العدواني يميل أولياء أمورهم إلى معاقبتهم بشدة لأقل الأسباب ودون مناقشة الطفل عن أسباب سلوكه، وأن هؤلاء الأطفال يفتقدون الحنان والعطف من جانب أولياء أمورهم، لهذا فإن أول ما يبحث فيه المعالج النفسي هو طبيعة العلاقة بين الطفل وولي الأمر والبحث في الأخطاء التي وقع فيها أولياء الأمور مع أطفالهم أو إهمالهم في التعامل مع مشكلاتهم.

يجنح الكثير من أولياء الأمور إلى إلقاء اللوم على الآخرين ويحملونهم المسؤولية عن المشكلات التي يعانيها أطفالهم، فقد يبرر ولي الأمر عقابه للطفل أو معاملته القاسية بأن يقول: "إن مدرسه هو الذي قال لي أن أكون أكثر حزمًا معه" أو أن يقول: "إن والدتي قالت لي إنني قد تساهلت معه أكثر من اللازم، وأن علي أن أكون أكثر حزمًا معه".

كذلك فقد يجنح بعض أولياء الأمور إلى لوم أنفسهم فقد يقول البعض منهم: "أنا أعرف أن الذي حدث لطفلي إنما هو بسبب خطأ وقعت فيه". إن مثل هذه الأقوال قد تؤدي إلى الشعور بالذنب وتأنيب الضمير مما قد يؤثر سلبيًا على طبيعة التعامل مع مشكلات الطفل، لهذا فعلى أولياء الأمور ألاّ يُلقوا باللوم على شخص بعينه حتى لو كان هذا الشخص هو أنفسهم، وأن يعرفوا أن هناك عوامل متداخلة مترابطة أدت إلى اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة.

تقبل أولياء الأمور لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة

يعتبر تقبل أولياء الأمور لما يعانيه أطفالهم من اضطرابات في الانتباه والحركة المفرطة من العوامل الهامة التي ستساعدهم في التعامل معها بفاعلية وإيجابية، وإن هذا التقبل يجب أن يرتكز على الجوانب الآتية:

- **الجانب الأول:** أن معظم المشكلات السلوكية تنتج عن أسباب جسمية وعصبية، وهذا من شأنه أن يخفف أو يزيل عن أولياء الأمور بعض الشعور بالذنب وتأنيب الضمير.

- **الجانب الثاني:** تضارب الأنماط السلوكية عند العديد من الأطفال الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فقد يسلك طفل معين سلوكًا ملائمًا في يوم ما، في حين نجد أن سلوكه في اليوم التالي يعتبر مغايرًا لما كان عليه بالأمس، وقد يكتب المدرس في صحيفة الملاحظات التي يرسلها لولي الأمر "بالأمس قام بأداء كل ما كان مطلوبا منه أن يفعله من واجبات، أما اليوم فإنه لم ينجز شيئًا على الإطلاق". إن هذا التضارب في الأنماط السلوكية يضع المدرسين وأولياء الأمور في حيرة شديدة وفي شك في قدرتهم على فهم الأنماط السلوكية التي يتميز بها هذا الطفل.

- **الجانب الثالث:** تغير الحالة الجسمية والعصبية للطفل من يوم إلى آخر وذلك تأثرا بحوادث الضغط النفسي، وبنوع وكمية الطعام والشراب، وبكمية النوم وحالته، وبالتغيرات البيئية، وبالأدوية التي

وصفها الطبيب أو الأدوية التي تناولها دون وصفة طبية، كل ذلك يؤثر على الحالة العصبية للطفل وبالتالي على الأنماط السلوكية.

□ **الجانب الرابع:** التفريق أو التمييز بين السلوك الناتج عن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، والسلوك الذي لا يتعلق بهذه الاضطرابات، فمثلاً إذا طلبت من الطفل أن يلتقط الكتاب من الأرض، وأن يضعه في حقيبته، فإذا رفض القيام بذلك، اطلب منه أن يعيد عليك ما قلته له، فإذا أعاد ما قلته له فإن سلوك الرفض هذا يعتبر دليلاً على عدم الطاعة وليس على قصور الانتباه.

□ **الجانب الخامس:** أن يعتمد ولي الأمر على آراء المختصين فيما يتعلق بحالة طفله، وألاّ يعتمد على ما يقوله غير المتخصصين، فقد يقول له جاره: "لا تقلق إن طفلك عادي تمامًا، وإن ما يعانيه إنما هو ناتج عن تغيرات نمائية"، أو قد تقول له أمه: "لا تقلق، إنه تمامًا مثلك عندما كنت صغيرًا". إن الاستماع لهذه الآراء دون الرجوع إلى رأي المختصين يؤدي إلى تجاهل أولياء الأمور لمشكلة طفلهم وإبقائها دون علاج لمدة طويلة مما يؤدي إلى تعقيدها وصعوبة التعامل معها بعد ذلك.

□ **الجانب السادس:** أن الأطفال الكبار والمراهقين ممن يعانون من اضطرابات وقصور الانتباه والحركة المفرطة يعانون أيضًا من مشكلات أخرى يجب أن تحظى بأهمية كبيرة في التعامل معها مثل ضعف مفهوم الذات، والاكتئاب، والسلوك العدواني، وإذا تركت هذه المشكلات دون علاج ناجح فسوف تؤدي إلى انقطاع الطفل عن الدراسة

وترك المدرسة.

- الجانب السابع: أن الفهم والتقبل المبكر لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة يساعد كثيرًا في نجاح عملية العلاج.

برامج التدريب السلوكي لأولياء الأمور:

مع ازدياد الاهتمام باضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة أخذت الهيئات والجمعيات المختصة على عاتقها تطوير برامج لتدريب أولياء الأمور للتعامل مع السلوك الناتج عن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، وذلك منذ عام ١٩٨٠ حيث ركزت هذه البرامج على التعامل مع السلوك الصعب مثل السلوك العدواني والهجومي وسوء الأخلاق والسلوك المخالف، إضافة إلى ذلك فقد تم أيضًا توفير ورش عمل ضمن عيادات قصور الانتباه والحركة المفرطة لتدريب أولياء الأمور على التعامل مع هذه الأنماط السلوكية، وذلك ضمن برامج تدريبية شاملة أبرزها برنامج كونر Conner لتدريب أولياء الأمور حيث يحصل المتدربون على ١٤ جلسة خلال ١٢ أسبوعًا إضافة إلى ثلاث جلسات تعزيزية بواقع جلسة في كل شهر، ويتضمن الجلسات الأربع عشرة محاضرات جماعية عن الأنماط السلوكية المرغوبة وغير المرغوبة ومعلومات حول قصور الانتباه والحركة المفرطة، ومعلومات عن أساليب علاج هذه الأنماط السلوكية وتعطَى لأولياء الأمور واجبات منزلية لأدائها، إضافة إلى فرصة التحاور تليفونيًا مع المدرب خلال فترة التدريب، كذلك شرعت العديد من المستشفيات والمدارس في الولايات المتحدة الأمريكية في تقديم برامج تدريب لأولياء الأمور لمساعدتهم على فهم الحاجات الخاصة بأطفالهم الذين يعانون من

قصور في الانتباه أو قصور في الانتباه مصحوب بالحركة المفرطة، وتستخدم في هذه البرامج المبادئ السلوكية العامة التي ثبتت فعاليتها في مساعدة هؤلاء الأطفال.

وللتعرف على مدى فاعلية هذه البرامج ومدى جدواها قام فليك Flick١٩٩٦ بتطوير استبيان للممارسات السلوكية وقصور الانتباه وقصور الانتباه المصحوب بالحركة المفرطة Flick's Survey of Behavioral Practices and ADD/ADHC، حيث يعمل هذا الاستبيان على التعرف على مجالات واسعة من المعلومات المتعلقة بالبرامج السلوكية ومعلومات متعلقة بقصور الانتباه والحركة المفرطة، ويقوم أولياء الأمور بالإجابة على هذا الاستبيان مرتين الأولى قبل بداية التدريب، والثانية بعد انتهاء فترة التدريب، وفيما يلي نموذج من فقرات هذا الاستبيان:

يجب مكافأة السلوك الملائم أو معاقبة السلوك غير الملائم مباشرة بعد حدوثه	صح – خطأ
إن العقاب الجسمي لا يؤثر على المدى البعيد مع الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة	صح – خطأ
يعتبر أسلوب العزل للسلوك غير الملائم من الأساليب الفعالة مع حالات قصور الانتباه والحركة المفرطة	صح – خطأ
يجب مكافأة السلوك الملائم	صح – خطأ
يجب معاقبة السلوك غير الملائم	صح – خطأ

الفصل السابع

التدريب على المهارات الاجتماعية

* *

* تنمية مهارة الاستماع.
* تنمية مهارة اتباع التعليمات.
* تنمية مهارة المشاركة أو المشاطرة.
* تنمية مهارة التعاون في العمل واللعب.
* تنمية مهارة اللباقة الاجتماعية.
* تنمية مفهوم الذات والثقة بالنفس.
* خاتمة


Ready-to-Use
SELF-ESTEEM
ACTIVITIES
WITH SPECIAL NEEDS
SOCIAL STAR
SOCIAL STAR
SOCIAL STAR

الفصل السابع

التدريب على المهارات الاجتماعية

إن التمكن من المهارات الاجتماعية يعتبر من العوامل الهامة التي تساعد الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة على التقبل من الأقران، فهؤلاء الأطفال عادة ما يواجَهون بالرفض من أقرانهم وذلك لما يتصفون به من اندفاع وعدوانية في التعامل مع الآخرين، إضافة إلى صعوبة اللعب معهم لعدم استجابتهم أو اتباعهم لقواعد اللعب، ولهذا فهم يعانون من المشكلات الآتية نتيجة لهذا الرفض:

(١) الإحباط

(٢) الغضب

(٣) الشعور بعدم الكفاءة

(٤) نقص المهارات اللازمة للتعامل مع الآخرين

(٥) الوحدة (العزلة)

(٦) الاكتئاب الناتج عن العزلة

في كثير من الأحيان، فإن الدواء مع برامج تعديل السلوك يساعد كثيرا على تحسين حالة هؤلاء الأطفال، ولكن قبل كل شيء فإن عليهم أن تكون لديهم القدرة والرغبة في تعلم وتطوير المهارات الاجتماعية، لأن تعلم هذه المهارات سوف يساعدهم على تحمل مسؤولية تصرفاتهم وسلوكهم الاجتماعي، وسوف تساعدهم أيضًا خلال مراحل حياتهم الاجتماعية المختلفة.

وتشتمل المهارات الاجتماعية على ما يأتي:

(١) مهارة الاستماع
(٢) مهارة اتباع التعليمات واللوائح
(٣) مهارة المشاركة أو المشاطرة
(٤) مهارة التعاون في اللعب والعمل
(٥) القدرة على حل المشكلات والتحكم في الغضب

ونظرًا لأهمية المهارات الاجتماعية في المساعدة على التقبل الاجتماعي والتأثير الإيجابي لهذا التقبل الاجتماعي على سلوك الطفل، فقد أولت برامج تعديل السلوك، كما أولى كل من أولياء الأمور والمدرسين أهمية كبيرة لهذه المهارات الاجتماعية.

من المهم أن يبدأ التدريب على المهارات الاجتماعية في البيت وفي محيط الأسرة أولاً، ثم يعمَّم بعد ذلك على البيئة المدرسية، ويعتبر البيت هو المكان المثالي لتعلم هذه المهارات من خلال الأنشطة الأسرية التي تتضمن العناصر الضرورية لتشكيل هذه المهارات، إضافة إلى وجود الإخوة والأخوات والأصدقاء الذين سوف يتدرب الطفل على هذه المهارات معهم ومن خلالهم، ولقد اقترح باركلي Barkley, ١٩٩٦ أن يقوم الوالدان بتصوير الطفل على شريط فيديو أثناء لعبه أو تعامله مع الأقران والإخوة والأخوات، ثم يتم عرض هذا الشريط في وجود الطفل، والتوقف عند السلوكيات الاجتماعية الملائمة والسلوكيات الاجتماعية غير الملائمة ومناقشتها مع الطفل، مع تقديم المعززات المناسبة.

١- تنمية مهارة الاستماع

يُعتبر الاستماع من أهم العناصر في عملية الانتباه، ولذلك فهو أيضًا الأساس الذي يقوم عليه العمل داخل الفصل بما يشمله من حصول على معلومات، واتباع للتعليمات، وفهم للواجبات وغير ذلك، كذلك فإن الاستماع يساهم مساهمة فعالة في التفاعل الاجتماعي، فالخلل أو القصور في الاستماع يؤدي بالطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة إلى أن يسيء تفسير أو فهم ما يقوله أقرانه، ويكون رد فعله أو سلوكه أو استجابته قائمة على أساس هذا التفسير أو الفهم الخاطئ، مما يؤدي إلى خلل في العلاقة بينه وبين الآخرين. بطبيعة الحال، فإن الأقران لا يفهمون الأسباب التي أدت بهذا الطفل إلى أن يسلك نحوهم هذا السلوك، فهم يرون فقط سلوكا غير ملائم قد يتمثل في الاعتداء اللفظي أو الجسدي عليهم، ولهذا فهم يتجنبون التعامل مع هذا الطفل وإقامة علاقات معه.

إن ما يحتاجه الطفل في هذه الحالة هو تنمية مهارة الاستماع لديه بحيث يصبح قادرًا على الفهم السليم لما يسمع، وبالتالي يتجنب التفسير الخاطئ لما يقوله الآخرون. وعادة ما تتم تنمية مهارة الاستماع عن طريق التدريب سواء في البيت أو في المدرسة.

تدريب لتنمية مهارة الاستماع

هدف التدريب: تنمية مهارة الاستماع

الفريق: ولي الأمر والمدرس والطفل نفسه

فترة التدريب: يوميا حتى يتمكن الطفل من تنمية مهارة الاستماع

زمن التدريب: ٥ دقائق للأطفال الصغار حتى سن العاشرة ١٠ ١٥ دقيقة للأطفال الكبار

خطوات التدريب الأولى:
١- الاستماع إلى كلمات أو عبارات مختلفة.
٢- ترديد الكلمات أو العبارات التي سمعها.
٣- مناقشته فيما سمع للتعرف على مدى فهمه لما سمع.
٤- يستمر تكرار الخطوة (١) إذا لم يستطع الطفل ترديد ما يسمعه.
٥- يستمر تكرار الخطوة (١) والخطوة (٢) إذا لم يفهم الطفل ما يردده من كلمات أو عبارات

مستوى الصعوبة: عندما ينجح الطفل في جميع خطوات التدريب الأساسي نزيد من صعوبة الكلمات أو العبارات المراد الاستماع إليها وترديدها وفهم معانيها، مع الأخذ بالاعتبار زيادة الوقت اللازم لإتمام التدريب حسب درجة صعوبة التدريب.

المكافأة: معززات اجتماعية لفظية وغير لفظية

العقاب: لا يوجد، يراعَى استخدام المعززات الإيجابية فقط.

إرشادات: عندما يتمكن الطفل من إنجاز التدريب بنجاح يراعَى زيادة صعوبة التدريب وإطالة مدته.

٢- تنمية مهارات اتباع التعليمات:

عندما يتمكـن الطفـل مـن مـهارات الاستماع، فإنـه يمكننـا أن نتوقـع ازديادًا في قدرته على اتباع التعليمات، ولهذا ففي كثير من الأحيان تتم صياغة برنامج تدريبي لهاتين المهارتين معًا (مهارة الاستماع ومهارة اتباع التعليمات).

إن مهارة اتباع التعليمات تُعتبر من العوامل الرئيسية لنجاح الطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة في التفاعل الاجتماعي والمدرسي.

تدريب لتنمية مهارة اتباع التعليمات

هدف التدريب	زيادة قدرة الطفل على اتباع التعليمات والقواعد والتوجيهات
الفريق:	أولياء الأمور، مدرس الطفل، المشرف على الرحلات والأنشطة المدرسية، مدرس التربية الرياضية
فترة التدريب:	يوميا حتى يتمكن الطفل من تنمية عادة اتباع التعليمات
زمن التدريب:	٥ ١٠ دقائق لكل تدريب
خطوات التدريب الأولى:	١- ألقِ على الطفل ثلاثة أو أربعة تعليمات مترابطة ٢- قدم له نموذجًا من الاستجابة المتوقعة لكل واحد من التعليمات ٣- اطلب منه إعادة إلقاء التعليمات التي ألقيتها عليه ٤- قدم له المعززات الإيجابية عندما ينجح في إعادة إلقاء التعليمات
مستوى الصعوبة:	١- يجب أن يكون التدريب الأولي مناسبًا لقدرات الطفل العقلية، وقدرته على الاحتفاظ بالمعلومات. ٢- أن يكون التدريب الأولي بسيطًا حتى يتمكن الطفل من إنجازه بنجاح. ٣- تُراعَى الزيادة في الصعوبة التدريجية كلما نجح الطفل في إنجاز التدريب، بما يتناسب مع قدراته.
المكافأة:	- تعزيز لفظي عن كل خطوة ينجزها بنجاح. - يمنح نقطة أو درجة لكل خطوة ينجزها بنجاح.

العقاب: لا يوجد، لا تنقد الطفل إذا أخفق بل اعمل على تكرار التعليمات وبسِّطها بقدر الإمكان

إرشادات: ١- تزداد قدرة الطفل على تعلم مهارة اتباع التعليمات إذا ما تم ذلك من خلال المحاكاة والنموذج.

٢- يتعلم الطفل من الخطوات التى يؤديها بنجاح وبما يتبعها من مكافأة.

٣- يتعلم الطفل عن طريق التكرار.

٤- يمكن للطفل فهم المعلومات بصورة أفضل إذا ما استخدم في تعلمها أكثر من حاسة.

مثال للتدريب على تنمية مهارة اتباع التعليمات

يطلب الأب من طفله أن يقوم بتجهيز المائدة لتناول طعام العشاء فيقول له:

* أولاً: ضع المفرش على الطاولة.
* ثانيا: ضع الملاعق والسكاكين والشّوك في مكانها المناسب على المائدة.
* ثالثا: أحضر كؤوسًا للشرب.
* رابعا: أحضر أطباق سكب الطعام وضعها في مكانها المناسب.

ويراعَى أن يقوم الأب بتمثيل ما يطلب من الطفل أن يفعله في كل خطوة من الخطوات السابقة.

٣- تنمية مهارة المشاركة أو المشاطرة:

يمارس جميع الأفراد في حياتهم اليومية سلوك المشاطرة أو المشاركة

بشكل أو بآخر، فسلوك المشاركة يعتبر من العوامل الهامة التي تساعد على تقارب الأفراد من بعضهم البعض وتنمي بينهم مشاعر الحب والثقة، وتكوين الصداقات، فعندما يسمح الطفل بأن يشاطره الأطفال الآخرون في ألعابه وأدواته فإن هذا سيساعد على نمو العلاقات الودية بينه وبينهم بما يؤدي إلى تقوية الروابط والعلاقات الاجتماعية وزيادة التفاعل الاجتماعي.

يميل معظم الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة إلى الاستحواذ ورفض أن يشاركهم أو يشاطرهم الآخرون بما في حوزتهم من ألعاب أو طعام. فعندما يطلب ولي الأمر من الطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة أن يتقاسم مع إخوته أو أخواته ما بحوزته من حلوى أو أن يسمح لهم باللعب معه، فإنه يرفض ذلك، إن هذا الرفض سوف يؤدي إلى نمو المشاعر السلبية تجاه هذا الطفل، ولهذا فهو يعتبر طفلا غير مرغوب فيه، أو هو كالحمَل الأسود وسط المجموعة البيضاء، فهو دائم الامتعاض والرفض عندما يطلب منه أحد أن يشاركه فيما بحوزته، إن هذا السلوك يزيد من ابتعاد الآخرين عنه وتجنب التعامل معه مما يزيد من عزلته ويؤثر سلبيًا على نموه الاجتماعي.

قد يعمد بعض أولياء الأمور إلى أن يسحب اللعبة من يد الطفل ويبعدها عنه لفترة معينة اعتقادا منهم أن هذا سوف يعلم الطفل مفهوم المشاركة، ولكن هذا وحده لا يكفي بل لا بد أن يتم التدريب على المشاركة ضمن برنامج سلوكي مدروس بحيث يتناسب مع طبيعة الطفل وقدرته وخصائصه

تدريب لتنمية مهارة المشاركة

هدف التدريب: تنمية مهارة المشاركة والسماح للآخرين بمشاطرة الطفل ما بحوزته.

الفريق: أولياء الأمور، مدرس الطفل، مجموعة الأقران والإخوة والأخوات، الطفل نفسه.

فترة التدريب: يوميا حتى يتمكن الطفل من ممارسة هذه المهارة بنجاح.

زمن التدريب: ٢٥ ٣٠ دقيقة لكل تدريب.

خطوات التدريب:

١- يقال للأطفال إنهم سوف يلعبون معًا بإحدى اللعب، وإنه يتوقع منهم أن يتشاطروا اللعب بهذه اللعبة.

٢- يقوم المدرس أو ولي الأمر بتقديم نموذج لمفهوم المشاطرة مصاحب بشرح تفصيلي لهذا المفهوم.

٣- اطلب من الطفل الأول أن يلعب باللعبة لمدة خمس دقائق ثم يعطيها للطفل الثاني، وأبلغه أنك سوف تقوم بمراقبة التوقيت باستخدام المنبه، وأن عليه أن يتوقف عن اللعب عندما يسمع صوت المنبه، ويعطيها للطفل الثاني.

٤- تصدر لهم التعليمات بأن يلتزم كل واحد منهم بدوره وبالوقت المسموح له باللعب، وألاّ يتدخل أثناء وجود اللعبة مع طفل آخر.

٥- يستمر التدريب تحت إشراف المدرس أو ولي الأمر حتى يتمكن الأطفال من ممارسة هذه المهارة دون مشكلات.

مستوى الصعوبة:

١- تكرر خطوات التدريب بإشراف جزئى من المدرس أو ولى الأمر.

٢- تكرر خطوات التدريب دون إشراف مباشر من المدرس أو ولي الأمر.

المكافأة: تقدم للأطفال معززات إيجابية بعد إتمام التدريب بنجاح.

العقاب: يقال للأطفال إنه إذا حدث نزاع أثناء التدريب، فإنه سوف تسحب اللعبة ويوقف اللعب لفترة زمنية معينة.

مثال للتدريب على مهارة المشاركة:

قد يواجه الأب بالصراع بين أبنائه حول جهاز التليفزيون الوحيد في البيت، حيث يرغب كل منهم في مشاهدة برنامج تليفزيوني مختلف عن البرنامج الذي يرغب الطفل الآخر في مشاهدته، يجلس الأب مع أبنائه ويشرح لهم مفهوم المشاركة أو المشاطرة في فض المنازعات بين الأفراد بعضهم البعض، ويقول لهم:

"حيث إن لدينا جهازَ تليفزيون واحدًا، وكوسيلة لفض المنازعات فيما بينكم، فإن كل واحد منكم سوف يسمح له بمشاهدة برنامجه المفضل لمدة أسبوع وذلك وفق الجدول الآتي:

الأسبوع الأول: أحمد

الأسبوع الثاني: إبراهيم

الأسبوع الثالث: سامية

أو وفق الجدول اليومي التالي:

أحمد: من الساعة السادسة إلى السابعة مساء.

إبراهيم: من الساعة السابعة إلى الثامنة مساء.

سامية: من الساعة الثامنة إلى التاسعة مساء.

أما في المدرسة فيستطيع المدرس تدريب الأطفال على مهارة المشاركة أو المشاطرة من خلال الأدوات والمواد التي تستخدم في تنفيذ المشروعات المدرسية مثل الألوان والأقلام واللوحات والأدوات الهندسية.

٤- تنمية مهارة التعاون في العمل واللعب

يُعتبر التعاون من أهم المجالات التي تحظى باهتمـام بـل وقلـق أوليـاء أمور الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة لما يتميز به هؤلاء الأطفال من عدوانية تتنافى مع السلوك التعاوني، فليس مـن المعقـول أن يتعـاون الطفـل في اللعب في الوقت الذي يتشاجر فيـه مـع الأطفـال الآخريـن، لهـذا فـإن تنميـة السلوك التعاوني سوف يؤدي إلى خفض السلوك العدواني.

تدريب لتنمية مهارة التعاون

هدف التدريب:	تنمية مهارة التعاون مع الآخرين أثناء اللعب والعمل.
الفريق:	ولي الأمر، المدرس، الطفل نفسه، الأقران، الإخوة.
فترة التدريب:	يوميا حتى يتمكن الطفل من ممارسة مهارة التعاون.
زمن التدريب:	٥ ١٠ دقائق لكل تدريب
خطوات التدريب	١- يقوم المدرس أو ولي الأمر باختيار لعبة معينة، بحيث يكون باستطاعة الطفل ممارستها بمهارة وإتقان. ٢- يطلب من الطفل أن يمارس هذه اللعبة مع زميله في الفصل أو أخيه في البيت. ٣- قل للطفل: "إنني أعرف أنه من الصعب عليك أن تلعب مع الآخرين دون مشاجرة، ولهذا فإنني أطلب منك هذه المرة أن تلعب مع زميلك مدة ٥ دقائق". ٤- اشرح للطفل أنك سوف تراقبه أثناء اللعب، وأنك سوف تضع علامة (√) في لوحة تسجيل السلوك عندما ينتهي من اللعب دون مشاجرة، وعلامة (×) إذا حدثت مشاجرة أثناء اللعب. ٥- قدم نموذجًا للعب التعاوني.

مستوى الصعوبة: زيادة مدة التدريب كلما تمكن الطفل من الانتهاء من اللعب دون مشاجرة.

المكافأة: تعزيز الطفل إيجابيا بعد الانتهاء من التدريب دون مشاجرة.

العقاب: إيقاف اللعب عند حدوث مشاجرة، ويحرم الطفل من اللعب لفترة زمنية معينة.

تعتبر المعسكرات الصيفية من أنسب الأنشطة المنظمة التي يمكن للطفل أن يمارس من خلالها السلوك التعاوني ضمن مواقف متعددة يشملها المعسكر الصيفي، ولقد قام بلهام Pelham, ١٩٨٠ بإقامة معسكر صيفي اشتمل على برنامج علاجي للأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة، وقد تركز هذا البرنامج على النقاط الآتية:

١- التعامل مع الأطفال بصورة فردية بما يتناسب مع خصائص وقدرات كل منهم.

٢- التدريب على المهارات الاجتماعية المختلفة.

٣- استخدام نظام النقاط في حساب السلبيات والإيجابيات، بحيث يحصل الطفل على نقطة واحدة (١) كلما صدر منه سلوك تعاوني وتُخصم منه نقطة إذا صدر منه سلوك غير تعاوني (-١).

٤- تركزت معظم الأنشطة على التدريب على حل المشكلات بصورة جماعية.

٥- استخدام التدريبات المبرمجة على جهاز الكمبيوتر للتدريب على

مهارة التعاون.

٦- تم تدريب أولياء أمور الأطفال على أساليب التعامل مع السلوك لمساعدة أبنائهم في البيت بعد انتهاء المعسكر الصيفي.

٧- تمت متابعة برنامج العلاج بعد انتهاء المعسكر الصيفي عن طريق:

أ- تخصيص يوم السبت من كل أسبوع لمراجعة التدريبات.

ب- تخصيص بعض الأنشطة المدرسية لمتابعة هذه البرامج والتدريبات.

٥- تنمية مهارة اللباقة الاجتماعية

عندما يقع الطفل ذو قصور الانتباه والحركة المفرطة في خلاف أو مشكلة مع أصدقائه أو أقرانه فإن استجابته لهذا الموقف تكون استجابة انفجارية غاضبة وعدوانية، فهو لا يهتم في هذا الوقت بالنتائج السلبية لرد الفعل على استجابته، أو إلى تأثير ذلك على استمرارية العلاقة بينه وبين الآخرين، لهذا فإن هؤلاء الأطفال تنقصهم اللباقة الاجتماعية، فاللباقة الاجتماعية - بما تشتمل عليه من مجاملة الآخرين، والتغاضي عن زلاتهم، وتقبل النقد بصدر رحب، والمسامحة، واستخدام كلمات الاستحسان والشكر، وما إلى ذلك من أفعال وألفاظ أو تعبيرات - تساهم في دعم العلاقة بين الطفل وبين أفراد المجتمع، وبالتالي فهي تعتبر من أبرز دعائم التقبل الاجتماعي.

إن التفكير في الموقف أو المشكلة والاستجابة بشكل طبيعي لهذا الموقف

أو المشكلة يُعتبران الأساس الذي تقوم عليه مهارة اللباقة الاجتماعية، لهذا فلا بد من تدريب الطفل على المهارات الأساسية للتعامل مع المشكلة أو الموقف بخطواتها الأربع وهي:

- تعريف المشكلة.
- التفكير في الحل.
- إدراك العواقب أو النتائج.
- عمل خطة لتحقيق الأهداف.

عندما يقع الطفل في مشكلة أو في خلاف مع طفل آخر، سواء في المدرسة أو البيت، فإننا نجلس معه لمناقشة المشكلة وتحديد معالمها، لأن من خصائص الأطفال ذوي قصور الانتباه والحركة المفرطة الإخفاق في إدراك المشكلة وتحديدها، فيدور الحوار بين المدرس أو ولي الأمر، وبين الطفل على النحو التالي:

المدرس: دعنا نتحدث عن اعتدائك على زميلك بالضرب، لأنه أغاظك بقوله: إن شعرك قصير".

الطفل: أنا أعرف أني وضعت نفسي في متاعب لأنني ضربته.

المدرس: بالطبع لأن الضرب ضد القواعد واللوائح المدرسية.

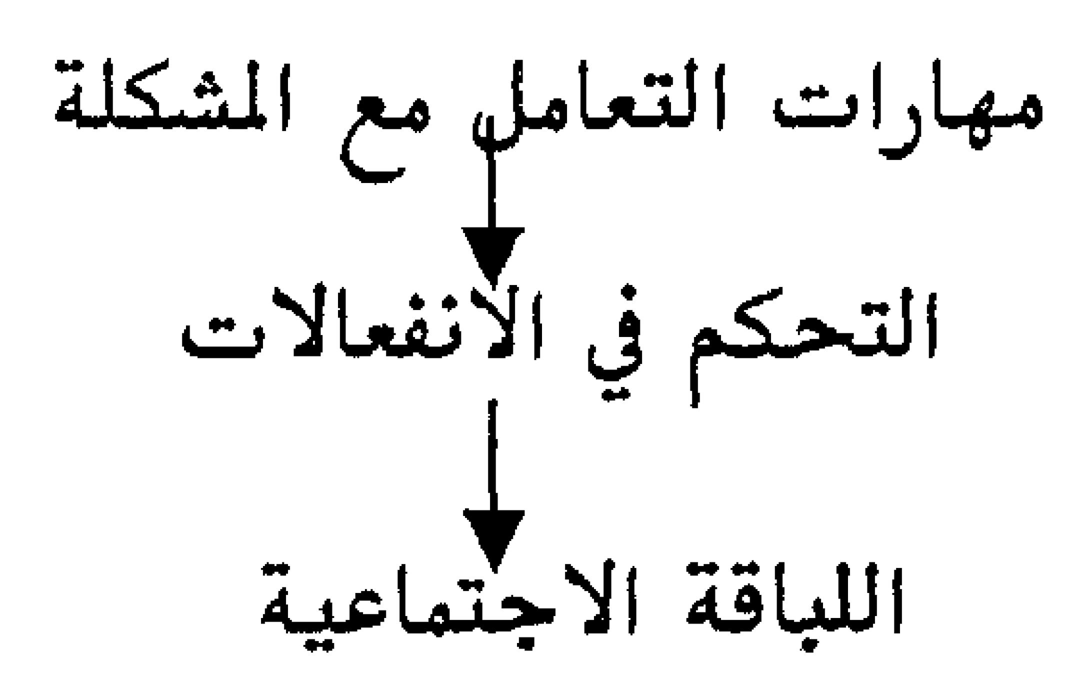
الطفل: ولكنه أغاظني.

المدرس: أنا أعرف ذلك، وهذا غير لائق من هذا الولد، ولكنك كنت شديد

الغضب واندفعت بالاعتداء عليه، وكـان عليك أن تفكـر بحلـول أخـرى، وأن تفكر بعواقب سلوكك قبل الاعتداء عليه بالضرب، دعنا نضـع قائمـة بـالحلول الأخرى لهذه المشكلة وعواقب أو نتائج كل حل منها.

يجلس المدرس مع الطفل ويضعان جـدولاً مـن قـائمتين، القائمـة الأولى تمثل الحلول المقترحة، والقائمة المقابلة تمثل عواقب الحلول أو ما سوف ينتـج عن كل حل من هذه الحلول.

إن التدريب على مهارات التعامل مع المشـكلات أو المواقـف المحرجـة يساعد كثيرًا في التحكم في الغضب والاندفاع وخفض السلوك العدوانـي، ولهـذا فهو يعتبر الركيزة الأساسية للتدريب على مهارات اللباقة الاجتماعية، فالقدرة على التحكم في الانفعالات ترتبط بـالقدرة علـى فـهم المشـكلة وإدراك معالمـها، والتسامح أو المجاملة وغيرها من مظاهر اللباقة الاجتماعية مرتبط بالقدرة علـى التحكم في الانفعالات.



إن من المهم للطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة أن ينمي مهارات اللباقـة الاجتماعيـة الـتي تعتـبر مـن العنـاصر الهامـــة في العلاقـات والتقبـل الاجتمـاعي، والشـكل رقـم (١٩) يمثـل قائمـة لبعـض سـلوكيات اللباقـة الاجتماعية، ويمكن للمدرس استخدامه لتسجيل عدد تكرارات كل سلوك منها

خلال أيام الأسبوع، ومن خلال عدد هذه التكرارات نستطيع أن نحدد مدى حاجة كل سلوك منها إلى التنمية والتدريب من خلال البرامج السلوكية، ويستخدم في هذا الجدول نظام النقاط، أي يعطي المدرس نقطة واحدة في كل مرة يصدر من الطفل السلوك الذي يمثل اللباقة الاجتماعية، وعلى المدرس أن يستخدم أسلوب المحاكاة لتمثيل السلوك المرغوب، وأن يقوم بالتعزيز المستمر خلال مرحلة التدريب.

قائمة سلوكيات اللباقة الاجتماعية

اسم الطفل: .... الصف: ....

المدرس: .... التاريخ: ....

شكل رقم (١٩)

السلوك	السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	عدد النقاط لكل سلوك
تحية الآخرين							
توديع الآخرين							
شكر الآخرين							
مواساة الآخرين							
استحسان الآخرين							
الشكر على الاستحسان							
تقديم المساعدة							
تقدير مشاعر الآخرين							
الاعتذار							
المسامحة							
النظافة الشخصية							
العناية بالمظهر والهندام							
الدرجة النهائية في أسبوع							

٦- تنمية مفهوم الذات والثقة بالنفس

إن فكرة الطفل عن نفسه أو الطريقة التي يفهم بها نفسه تعرف بمفهوم الذات، فالطفل ذو قصور الانتباه والحركة المفرطة يدرك أن أداءه ضعيف في المهارات الاجتماعية والمدرسية، وقد يدرك في نفس الوقت أن أداءه ممتاز في كرة القدم، ولهذا فقد يحدث توازن لدى الطفل في مفهومه أو فكرته عن ذاته، ولكن إذا حدث أن كان أداء هذا الطفل ضعيفًا في جميع المهارات الحياتية والمدرسية والاجتماعية والرياضية، فإن هذا سوف يؤدي إلى انخفاض مفهومه عن ذاته وثقته بنفسه، وقد يقول عن نفسه: "إني فاشل"، "إنني ذو حظ عاثر"، "إنني لا أستطيع أن أقيم علاقات مع الآخرين".

يجب على الطفل ذي قصور الانتباه والحركة المفرطة أن يفرق بين ذاته وبين سلوكه، لأن السلوك الذي يسلكه والذي أدى إلى كل هذه المشكلات، إنما هو ناتج عن مرضه أو عما يعانيه من اضطرابات، وليس عن ذاته، أي إنه لم يخطط أو لم يقصد أن يقوم بهذا السلوك، ولهذا فيجب ألاّ يبالغ في انتقاد نفسه والحط من شأنها، خاصة أن الاستمرار في انتقاد النفس والحط من الذات سوف يؤدي إلى تراكم الخبرات السلبية التي قد تؤدي بالطفل إلى الإصابة بالاكتئاب أو إلى التفكير في الانتحار، أو إلى اليأس الذي يؤدي إلى الانحراف وارتكاب الجرائم التي تقوده إلى السجن.

وقد ينخفض مفهوم الطفل عن ذاته وتضعف ثقته بنفسه نتيجة لفكرة أو توقعات الآخرين عنه وليس بسبب شعوره الشخصي أو فكرته الشخصية عن ذاته، فعندما يقول المدرس للطفل الذي يعاني من صعوبة في تكملة واجباته

المدرسية: "إنني أعرف أنك لا تستطيع أن تـؤدي العمـل"، فـإن الاسـتمرار في استخدام مثل هذه العبارة يؤدي إلى ازديـاد التوقعـات السـلبية حـول أداء هـذا الطفل، كذلك قد يوصف هذا الطفـل بأنـه متخلـف وكسـول وفاشـل، إن هـذا الوصف سوف يؤدي إلى تنمية الشعور بعـدم القـدرة مما ينعكـس علـى أدائـه المدرسي والاجتماعي والرياضي بالسلبية.

توصيات لتنمية مفهوم الذات وزيادة الثقة بالنفس:

يحتاج هذا الطفل إلى التشجيع والتعزيـز الإيجـابي المسـتمر مـن أوليـاء الأمور والمدرسين، وذلك لمواجهة المفاهيم والمشاعر السلبية التي يعيشها، وعلى أولياء الأمور والمدرسين ومن لهم علاقة بالطفل مراعاة ما يأتي عند تعاملهم مـع الطفل:

١- التركيز في الحديث معه على الأشياء الإيجابية التي تزيد من ثقته بنفسه.

٢- التركيز على الطفل وليس على سلوكه، فيجب عدم التركيز علـى أخطائـه ونقدها باستمرار، وأن يوجه هـذا النقـد بأسـلوب غـير مباشـر. مثـال: "إنـني أعرف أن مادة الحساب مادة صعبة، ولكنني مندهش لعدم إكمالك للاختبار".

٣- يجب عدم مقارنة الطفل بإخوته أو زملائه في الفصل.

٤- تحري الدقة في انتقاء الكلمات المستخدمة في الإرشاد أو إصدار التعليمات.

٥- أن يتم استحسان ومكافأة الطفل على مرأى من إخوته أو زملائه، فإن هـذا سيؤدي إلى تغير في اتجاهات الآخرين نحوه وبالتالي سيساعد على زيـادة ثقتـه بنفسه.

٦- ركز على الخصائص الإيجابية وعزِّز التحسن، فعلى سبيل المثال قد تكون كتابة الطفل غير منظمة وأخطاؤه الإملائية كثيرة، ولكن محتوى القصة التي كتبها قد يكون جيدًا، ففي هذه الحالة تتم الإشارة إلى ذلك بأن تقول: "إنني حقًا معجب بالقصة التي كتبتها".

إن الطفل ذا قصور الانتباه والحركة المفرطة في حاجة إلى استعادة ثقته بنفسه، وذلك لن يتم إلا إذا ازدادت قدرته على أداء العمل ولهذا فيجب أن تصاغ المواقف أو الواجبات المدرسية والاجتماعية والرياضية بطريقة يسهل على الطفل إنجازها بنجاح وذلك بمراعاة الآتي:

١- تبسيط الواجب من حيث الكلمة أو الأداء الحركي المطلوب.

٢- تجزئة الواجب الكلي إلى مجموعة من الواجبات الصغيرة المترابطة.

٣- زيادة الزمن المخصص لأداء الواجب.

٤- تقديم المساعدة المباشرة أثناء أداء الواجب لزيادة قدرة الطفل على أداء الواجب.

٥- توفير عنصر التشويق في المادة التي يحتوي عليها الواجب وفي الأدوات والوسائل التي تستخدم في الأداء.

٦- تقديم المعززات المباشرة والدفعات الإيجابية أثناء وبعد أداء الواجب، وذلك باستخدام الكلمات والتعبيرات اللفظية المناسبة.

الخاتمة

في الحقيقة، فإن اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة ليست كالأمراض التي يمكن التخلص منها باستخدام الأدوية أو العمليات الجراحية، كما أنها ليست كبعض الأمراض النفسية التي يمكن علاجها بجلسات التحليل النفسي أو بالبرامج السلوكية، فهي اضطرابات ملازمة للفرد طوال مراحل نموه المختلفة وإن اختلفت مظاهرها وخصائصها عبر كل مرحلة من هذه المراحل.

إن كلاً من ضعف مفهوم الذات وانخفاض الثقة بالنفس الذي هو إحدى خصائص هؤلاء الأطفال، يُعتبر من النواتج غير المباشرة لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة، فكل من ضعف مفهوم الذات وانخفاض الثقة بالنفس إنما هما نتاج خبرات الفشل والإحباط المتكررة التي يتعرض لها الطفل ذو قصور الانتباه والحركة المفرطة في مواقف الحياة المختلفة سواء في البيت أو في المدرسة أو في المجتمع، وإذا ما استمرت هذه الاضطرابات دون علاج ازدادت خبرات الإحباط والفشل وازداد معها ضعف مفهوم الذات وانخفاض الثقة بالنفس، مما يؤدي إلى الشعور بعدم القدرة على التعامل في مواقف الحياة المختلفة، وقد يقود ذلك صاحبه إلى الإصابة بالاكتئاب أو الشعور باليأس الذي قد يؤدي به إلى التفكير بالانتحار أو ارتكاب الجرائم التي قد تقوده إلى السجن.

يتم التعامل مع اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة عن طريق الدواء وبرامج العلاج السلوكي ليس بهدف القضاء على هذه الاضطرابات وإزالتها نهائيًا ولكن بهدف التهيئة والتدريب.

التهيئة

فالدواء يساعد على تهيئة الحالة الجسمية والذهنية والانفعالية للطفل - لفترة زمنية محددة - للتفاعل الإيجابي مع المواقف أو الواجبات المدرسية والاجتماعية المختلفة، بما يكفل له الزيادة في معدل خبرات النجاح والانخفاض في معدل خبرات الفشل بما يساعد على تحسن مفهوم الذات وزيادة الثقة بالنفس.

التدريب

إن برامج العلاج السلوكي تساعد الطفل على خفض أو إزالة السلوك غير الملائم وزيادة احتمال عدد مرات ظهور السلوك الملائم، كما أنها تساعد على تدريب الطفل على المهارات اللازمة للتعامل بنجاح مع المواقف المختلفة في المنزل والمدرسة والمجتمع، مما يؤدي إلى زيادة قدرته على التفاعل والتقبل الاجتماعي، وبالتالي فإن هذا سوف يساعد على تحسن في مفهوم الذات لدى الطفل وزيادة ثقته بنفسه.

إن التحسن في مفهوم الطفل عن نفسه وزيادة الثقة بالنفس يجعلان بمقدوره أن يطور فنيات ووسائل دفاعية جديدة تساعده على التغلب على المظاهر والمشكلات المصاحبة لاضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة بما يكفل له النجاح في حياته ا لدراسية والاجتماعية والمهنية، ومن أهم هذه الفنيات أو الوسائل الدفاعية التي يطورها:

١- ضبط النفس والتحكم في الاستجابات.

٢- ازدياد الدافعية والإصرار على إنجاز العمل.

٣- الدقة في اختيار الواجبات التي تتناسب مع قدراته والتي يمكن أن يؤديها بنجاح.

٤- زيادة التركيز أثناء الأداء.



المراجع References

- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) Washington, D.C. Author, 1994.

- Arnold, L.E., and Jensen, P.S., (1995), Attention Deficit Disorders. In: Comprehensive Textbook of Psychiatry, 6th ed., Kaplan H., Sadock B. eds., Baltmore, Williams & Wilkins, pp 2295-2310.

- Baren, M (1996), "Advanced Pharmacotherapy for the Treatment of Children and Adolescents with ADD. "Presentation at the 8th Annual Conference, CH.A.D.D., Chicago, Il.

- Barkely, R. A. (1990) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Handbook for Diagnosis and Treatment. New York: Cuilford Press.

- Barkley, R.A. (1994), Can Neuropsychological Tests Help Diagnosis ADD/ADHD?", ADHD Report, 2(1) New York, Guilford Press.

- Barkley, R.A. (1995), Taking Change of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents. New York, Guilford Press.

- Biederman, J., Baldessariani, R.J., Wright, V., Knee, D., and Harmarz, J.S. (1989). A Double-Blind Placebo Controlled Study of Desipramine in the Treatment of ADD: Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 28: 777 – 784.

- Borland, B.L., and Hechtman, H.K. (1976), "Hyperactive Boys and Their Mothers: A 25 Years Follow-up Study". Archives of General Psychiatry, 33, 669-675.

♦ Burte, J.M., and Burte, C.L., (1994): "Ericsonian Hypnosis Pharmacotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of ADHD". Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis 15(1), 1-13.

♦ Cantwell, D.P., (1972), "Psychiatric Illness in the Families of Hyperactive Children",Archives of General Psychiatry, 27, 414-417.

♦ Chelune, G.J., Ferguson, W., Koon, R., and Dickey, T.O., (1986), "Frontal Lobe Disinhibition in Attention – Deficit Disorder"., Child Psychiatry and Human Development, 16, 221-234.

♦ Childers, A.T., (1935), "Hyperactivity in Children having Behavior Disorder". American Journal of Author Psychiatry., 5, 227-243

♦ Cripe, F.F., (1986), "Walk Music as Therapy for Children with attention Deficit Disorder: An Exploratory Study". Journal of Music Therapy, 23(1), 30-37.

♦ DuPaul, G.I., and Stoner, G., (1994), ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies. New York, Guilford Press.

♦ Flick, G.L., (1996): Power Parenting for Children with ADD/ADHD, A Practical Parents' Guide for Managing Difficult Behavior, New York; Center for Applied Research in Education. Simon and Schuster.

♦ Flick, G.L., (1998): ADD/ADHD Behavior – Change Resource Kit. New York: The Center for Applied Research in Education.

♦ Ford, M.J., Poe, V., and Cox, J., (1993): "Attending Behaviors of ADHD Children in Math and Reading Using

Various Types of Software", Journal of Computing in Childhood Education, 4(2), 183-196.

♦ Gaultheria, T., (1991): "Childhood Hyperactivity", in Thomas Gaultheria (Ed.), Neuropsychiatry and Behavioral Pharmacology, Berlin: Spring-Verlag.

♦ Goldstein, S., and Goldstein, M., (1990): Managing Attention Disorders in Children, New York, John Wiley & Son, Inc.

♦ Goodman,R.,and Stevenson, J., (1989): A Twin Study of Hyperactivity: The Aetiologic Role of Genes, Family Relationships, &Prental Advisory. Journal of Child Psycho Psychiatry,30,691-709.

♦ Gordon, M., Thomason, D. Cooper, S. & Ivers, C.I., (1991): "Nonmedical Treatment of ADHD/Hyperactivity. The Attention Training System", Journal of School Psychology, 29, 151-159.

♦ Hagerman, R.J., Kemper, M., & Hudson, M., (1985), "Learning Disabilities and Attentional Problems in Boys with Fragile-X Syndrome", American Journal of Children, 139, 674-678.

♦ Leventhal,B.,(1996),"ADHD, An Updateof Psycho-Pharmacotherapy" Present at the CH.A.D.A. 8th Annual Conference, Chicago.

♦ Levinson, S., Kopari, J., and Fredstrom, J. (1995): The MotiveAider, Method of Queue Directed Behavior Change: Manual for Teachers. Three Rivers Falls, Behavioral Dynamics.

♦ Lubar, J. F., (1991), "Discourse on the Development of EEG Diagnostics and Biofeedback Treatment for Attention Deficit/Hyperactivity Disorders", Biofeedback and Self-Recognition, 16, 201-225.

♦ McCraken, J.A., (1991): "A Two-Part Model of Stimulant Action on Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Children", Journal of Neuropsychiatry, 3, 201-209.

♦ Miller, K.J. (1996): "Medication in Attnetion Deficit/hyperactivity Disorder", Presentation at the CH.A.D.D. 8th Annual Conference, Chicago.

♦ Mirsky, A.F.,(1987), "Behavioral and Psychophysiological Markers of Disordered Attention" ,Environmental Health Perspectives,74,191–199.

♦ Morrison, J.R., and Stewart, M.A., (1974), "Bilateral Inheritance as Evidence for Polygenicity in Hyperactive Child Syndrome", Journal of Nervous and Mental Disease., 158, 226-228.

♦ Pelham, W.E., and Murphy, H.A., (1986), "Attention Deficit and Conduct Disorders" in M. Herson (Ed.). Pharmacological and Behavioral Treatments; An Integrative Approach (pp. 108-148), New York, Wiley.

♦ Sanford, J. A., and Browne, R.J., (1988), Captain's Log Cognitive System, Richmond, VA; Brain Train, Inc.

♦ Sanford, J.A., (1955), "Improving Cognitive Behavioral Psychotherapy Treatment of ADHD and ADD Disorders with the Captain's Log; Cognitive Training System", Newsletter of the Society for Cognitive Rehabilitation (Fall-Winter Issue).

♦ Shaywitz, B.A., Cohen, D.J., and Bowers, M.B., (1977), "CSF Monoamine Metabloites in Children with Minimal Brain Dysfunction: Evidence for Alteration of Brain Dopamine", Journal of Pediatrics, 1, 67-71.

♦ Strauss, A.A., and Lehtinen, L.E., (1974), Psychopathology and education of the Brain-Injured Child. New York, Grune and Stratton.

♦ Tredgold, A.F., (1908), Mental Deficiency (Amentia), New York: W.Wood.

♦ Welner, Z., Welner, A. Stewart M.A. Palkes, H., and Wish, E., (1977): "A Controlled Study of Siblings of Hyperactive Children", Journal of Nervous Mental Disease. 165, 110-117.

♦ Weiss, G., and Hechtman, L.T., (1986): Hyperactive Children Growing Up, New York, Guilford Press.

♦ Wolraich, M.L., Hannah, J.K., Pinnock, T.Y., Baumgaertel, A., and Brown, J., (1996): Comparison of Diagnosis Criteria for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Country-Wide Sample, Journal of American Child and Adolescent Psychiatry, 35, 319-324.

♦ Zamelkin, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M. et al., (1990), Cerebral Glucose Metabolism in Adults with Hyperactivity of Childhood Onset. N Engl. Journal Med., 323, 1361-1366.

منشورات " دار الكتاب الجامعي "

م	عنوان الكتاب	إسم المؤلف	الطبعة
١	أصول التربية	حسان محمد حسان آخرون	١٩٩٩
٢	أدب الأطفال	نزار وصفي اللبدى	٢٠٠٠
٣	أدوات الاستثمار في المصارف الإسلامية	عبدالعزيز الخياط وآخر	٢٠٠٠
٤	أساسيات علوم الحياة	مدحت حسين خليل	٢٠٠٠
٥	أبوالعلاء المعرى ناقداً	وليد محمود خالص	١٩٩٨
٦	إدارة رياض الأطفال	هند بنت ماجد	٢٠٠٠
٧	اختبار القدرات العقلية	عبدالرحمن الطريرى	١٩٩٩
٨	اضطرابات قصور الانتباه والحركة المفرطة	كمال سالم سيسالم	٢٠٠٠
٩	الإسعافات الأولية لحوادث الطرق	حسان زيدان	١٩٩٤
١٠	الإسلام وفلسفة التسليم	يحيى هاشم حسن فرغل	١٩٩٨
١١	الإشراف التربوى	يوسف إبراهيم نبراى	١٩٩٩
١٢	الإعاقة السمعية وبرنامج إعادة التأهيل	محمد فتحي عبدالواحد	٢٠٠٠
١٣	الإعلام الإسلامى الدولي بين النظرية والتطبيق	محمد على العوينى	١٩٩٩
١٤	الإعلام العربى المعاصر	أحمد كامل	١٩٩٨
١٥	الإمارات العربية المتحدة : تاريخ وحضارة	خالد بن محمد القاسمي	١٩٩٨
١٦	الأمن الصناعى فى المؤسسات الصناعية	حسان زيدان	١٩٩٥
١٧	الاتصال التنظيمي	محمد ناجي الجوهر	٢٠٠٠
١٨	الاقتصاد النقدى والمصرفى	سعيد الخضرى	١٩٩٩
١٩	البحرين : التاريخ والحاضر والمستقبل	خالد بن محمد القاسمى	١٩٩٩
٢٠	التاريخ الحديث والمعاصر لدولة الإمارات العربية المتحدة	خالد بن محمد القاسمي	١٩٩٩
٢١	التدريب والتطوير الإدارى (الفلسفة والتطبيق)	قاسم جميل قاسم	١٩٩٩
٢٢	التربية فى مجتمع الإمارات العربية المتحدة	فخرى رشيد خضر وآخرون	١٩٩٨
٢٣	التربية وقضايا المجتمع المعاصر	محمود أحمد موسى	٢٠٠٠
٢٤	التعلم الذاتي بالحقائب التعليمية	عمر محمود غباين	٢٠٠٠
٢٥	التعليم فى دولة الإمارات العربية المتحدة	محمود أحمد عجاوى	١٩٩٩
٢٦	التكنولوجيا التعليمية والمعلوماتية	محمد محمود الحيلة	٢٠٠٠
٢٧	التوبة وأثرها فى إسقاط الحدود	علي داود محمد جفال	١٩٩٨
٢٨	الثقافة الإسلامية	أحمد صبحي العيادى	٢٠٠٠
٢٩	الثقافة والعولمة	سعيد حارب	٢٠٠٠
٣٠	الجزر الثلاث : بين السيادة العربية والاحتلال الإيرانى	خالد بن محمد القاسمي	١٩٩٧

منشـورات " دار الكتــاب الجامعي "

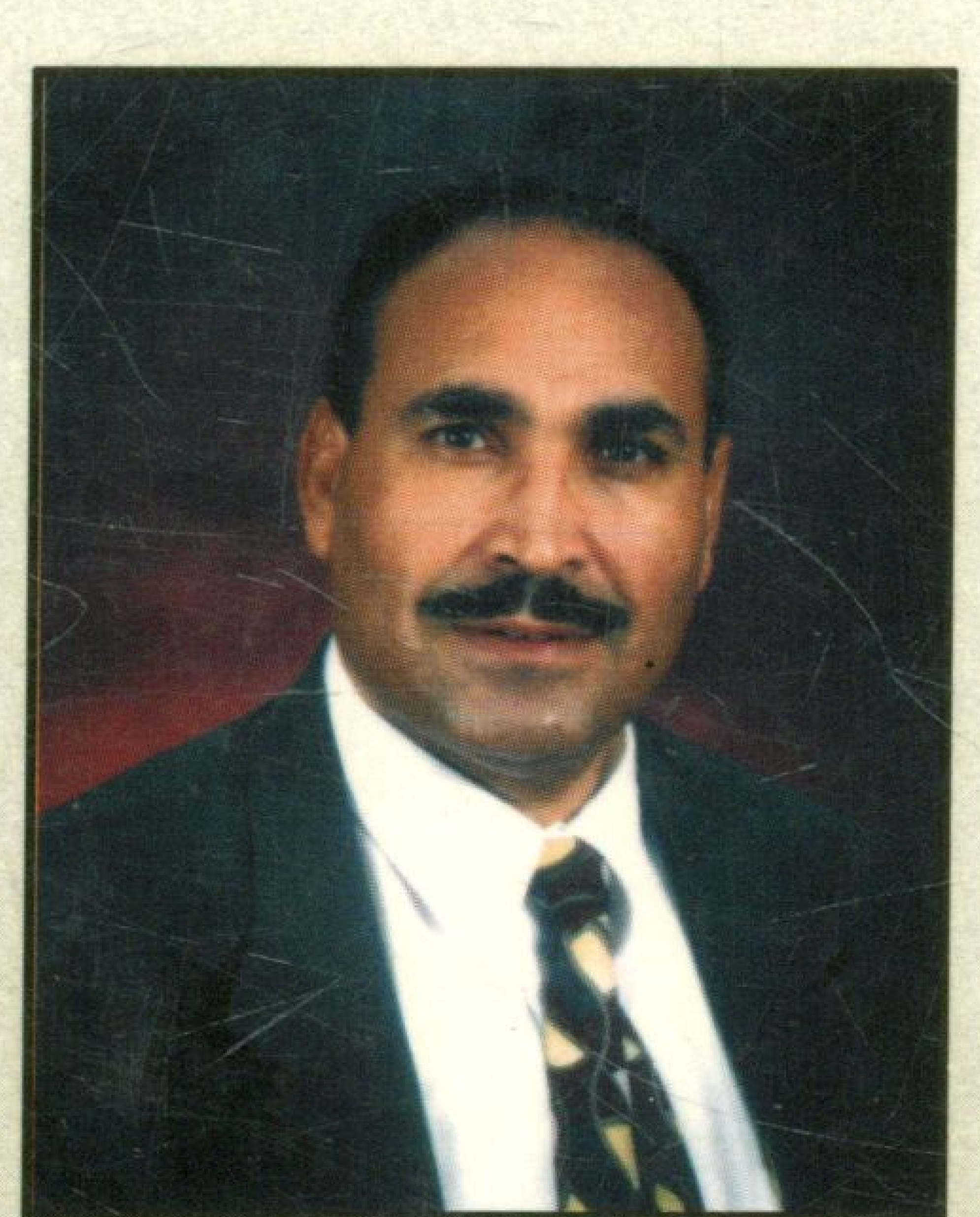
م	عنـــــوان الكتـــاب	إسم المؤلف	الطبعة
٣١	الدمج الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة (الجزء الأول)	ت: الشخص ، السرطاوي	٢٠٠٠
٣٢	الدمج الشامل لذوى الاحتياجات الخاصة (الجزء الثاني)	ت: الشخص ، السرطاوي	٢٠٠٠
٣٣	الدمج في فصول ومدارس التعليم العام	كمال سالم سيسالم	٢٠٠٠
٣٤	الرياضة في حياتنا	جمال العدوى وآخرون	٢٠٠٠
٣٥	السلامة والصحة المهنية	حسان زيدان	١٩٩٤
٣٦	السياسة (دراسة سوسيولوجية)	ناجي صادق شراب	١٩٩٩
٣٧	السياسة الخارجية لدولة الإمارات العربية المتحدة	عبدالرحمن بن حارب	١٩٩٩
٣٨	الشركات التجارية في دولة الإمارات العربية المتحدة	حسين يوسف غنايم	١٩٩٨
٣٩	الصحافة المعاصرة	تيسير أبوعرجة	١٩٩٩
٤٠	العقيدة الإسلامية بين الفلسفة والعلم	يحيى هاشم حسن فرغل	١٩٩٨
٤١	العلاج السلوكي لمشاكل الأسرة والمجتمع	يوسف عبدالوهاب أبوحمدان	٢٠٠٠
٤٢	العلاقات اليمنية الخليجية	خالد بن محمد القاسمي	١٩٩٩
٤٣	العمليات الذهنية ومهارات التفكير	محمد جهاد جمل	٢٠٠٠
٤٤	الغدة الجاركلوية (فسيولوجيا الضغوط)	مدحت حسين خليل	٢٠٠٠
٤٥	اللغة العربية (دراسات وتطبيقات)	محمد رضوان الداية وآخر	١٩٩٩
٤٦	اللغة العربية (نصوص وتطبيقات)	عمر الملا حويش وآخرون	١٩٩٩
٤٧	اللغة العربية (نصوص وقواعد)	جميل سعيد وآخرون	١٩٩٨
٤٨	المحاسبة المالية في شركات إنتاج البترول	إبراهيم أحمد الصعيدى	١٩٩٨
٤٩	المدخل لعلم الاتصال	نبيل عارف الجردى	١٩٩٨
٥٠	المعاقون جسمياً وصحياً في المدارس العامة	كمال سالم سيسالم	١٩٩٨
٥١	المملكة العربية السعودية : القائد والمسيرة	خالد بن محمد القاسمي	١٩٩٩
٥٢	الموهبة والتفوق والإبداع	فتحي جروان	١٩٩٨
٥٣	النزعة الإنسانية في الشعر العربي	محمد إبراهيم حور	١٩٩٨
٥٤	النصوص الأدبية وتطبيقاتها (نحوية وبلاغية وإملائية)	علي إبراهيم أبوزيد	٢٠٠٠
٥٥	النظام المحاسبي في المنشآت المالية	إبراهيم أحمد الصعيدى	١٩٩٨
٥٦	امرؤ القيس أمير الشعر العربي في الجاهلية	علي إبراهيم أبوزيد	١٩٩٣
٥٧	بطارية قياس الضغوط النفسية وأساليب المواجهة ١/ ٢	زيدان السرطاوى وآخر	١٩٩٨
٥٨	تاريخ العلوم عند المسلمين	محمد حسين محاسنة	٢٠٠٠
٥٩	تدريس التربية الإسلامية للمبتدئين	مصطفى إسماعيل موسى	١٩٩٨
٦٠	تربويات الحاسوب	إبراهيم عبدالوكيل الفار	٢٠٠٠

منشورات " دار الكتاب الجامعي "

م	عنوان الكتاب	إسم المؤلف	الطبعة
٦١	تربية الأبناء في الأدب العربي	محمد إبراهيم حور	١٩٩٨
٦٢	تربية الأطفال المتفوقين والموهوبين في المدارس العامة	ت: الشخص ، السرطاوي	١٩٩٩
٦٣	تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً ١/ ٢	ت: الشخص ، السرطاوي	١٩٩٩
٦٤	تطور الفكر التربوي	فخري رشيد خضر	١٩٩٨
٦٥	تعليم التفكير (مفاهيم وتطبيقات)	فتحي جروان	١٩٩٩
٦٦	تعليم القراءة والكتابة في مرحلة رياض الأطفال	إبراهيم القريوتي وآخر	١٩٩٩
٦٧	تعليم الكبار	محمود أحمد عجاوي	١٩٩٩
٦٨	تقييم ومعالجة الصعوبات الأساسية في الحساب ١/ ٢	ياسر الحيلواني وآخرون	١٩٩٨
٦٩	حكيم العرب : زايد بن سلطان آل نهيان	محمد نصر مهنا	٢٠٠٠
٧٠	دراسات في الفكر العربي الإسلامي	إبراهيم الكيلاني وآخرون	١٩٩٨
٧١	دليل مؤسسات وأجهزة التنمية الإدارية بالدول العربية	قاسم جميل قاسم	١٩٩٩
٧٢	دولة الإمارات العربية المتحدة من القبيلة إلى الدولة	فاطمة الصايغ	٢٠٠٠
٧٣	ديوان النبع الصافي	محمد بن سالم الظاهري	١٩٩٨
٧٤	رثاء الأبناء في الشعر العربي: حتى نهاية العصر الأموي	محمد إبراهيم حور	١٩٩٨
٧٥	رياض الصالحين من كلام سيد المرسلين	محيي الدين الشافعي	١٩٩
٧٦	زايد والعالم العربي	ناجي صادق شراب	١٩٩٣
٧٧	زهير بن أبي سلمى شاعر الحكمة	علي إبراهيم أبوزيد	١٩٩٣
٧٨	شرح المعلقات السبع	ابي عبدالله الزوزوني	٢٠٠٠
٧٩	شعراء غنوا للحب والجمال ١/ ٢	إسماعيل مروة، حسان أوغلي	٢٠٠٠
٨٠	صفي الدين الحلي : حيات وآثاره وشعره	محمد إبراهيم حور	١٩٩٨
٨١	طرائق التدريس واستراتيجياته	محمد محمود الحيلة	٢٠٠٠
٨٢	طرفة بن العبد شاعر البحرين في الجاهلية	علي إبراهيم أبوزيد	١٩٩٣
٨٣	طرق تدريس اللغة العربية	عبدالفتاح حسن البجة	٢٠٠٠
٨٤	علم الغدد الصماء	مدحت حسين خليل	٢٠٠٠
٨٥	علم النفس التربوي	عماد حسين الزغول	٢٠٠٠
٨٦	علم النفس العام	علي فالح هنداوي	٢٠٠٠
٨٧	علم حياة الإنسان	مدحت حسين خليل	٢٠٠٠
٨٨	علم نفس النمو	علي فالح هنداوي	٢٠٠٠
٨٩	عمان ومسيرة التحدي	خالد بن محمد القاسمي	١٩٩٩
٩٠	فسيولوجي الحيوان	مدحت حسين خليل	٢٠٠٠

منشـورات " دار الكتـاب الجامعي "

م	عنـــوان الكتـــاب	إسم المؤلف	الطبعة
٩١	فلاسفة أيقظوا العالم	مصطفى النشار	١٩٩٩
٩٢	فلسطينيات : ألوان من الحماسة	محمد إبراهيم حور	١٩٩٨
٩٣	فلسفة نظام الأسرة فى الإسلام	أحمد الكبيسى	١٩٩٨
٩٤	قواعد المرافعات في دولة الإمارات (توزيع)	أحمد صدقي محمود	١٩٩٩
٩٥	قوانين المطبوعات والنشر فى دول الخليج العربى	إحسان هندى	١٩٩٨
٩٦	كتاب شذا العرف فى فن الصرف	الشيخ أحمد المحلاوى	٢٠٠٠
٩٧	محاسبة التكاليف التطبيقية	سامى معروف	١٩٩٩
٩٨	موجز تاريخ النقد الأدبى	فيرنون هول	١٩٩٩
٩٩	نثر الببغاء - أبوالفرج المخزومى -	على إبراهيم أبوزيد	١٩٨٩
١٠٠	نظام المحاسبة الحكومية والقومية	إبراهيم أحمد الصعيدى	١٩٩٩



المؤلف في سطور

****

د. كمال سالم سيسالم

حاصل على دكتوراه الفلسفة في التربية الخاصة والتأهيل النفسي من جامعة ولاية ويسكانسون بمدينة ماديسون الأمريكية. ولقد عمل في مجال التدريس والبحث والتأهيل النفسي في بعض الدول العربية وفي الولايات المتحدة الأمريكية، وهو يعمل الآن استشاريا للتربية الخاصة بولاية تكساس الأمريكية.

وللمؤلف عدة مؤلفات في ميدان التربية الخاصة معظمها باللغة العربية، وهو يعكف الآن على كتابة موسوعة لمصطلحات التربية الخاصة والتأهيل النفسي، ويأمل أن يفرغ من كتابتها في القريب العاجل بإذن الله لتكون في متناول المتخصص العربي.

وهو يرحب بتعليقاتكم واقتراحاتكم فيما يتعلق بهذا الكتاب، أو فيما يختص بالكتب الأخرى التي سبق نشرها، وذلك بالمكاتبة على:

البريد الإلكتروني: E-mail: dr_sesalem@...com

أو التليفاكس: TEL-FAX: 9...



دار الك...

العين – الإمارات العربية المتحدة

Tel: +971-3-7664845 - Fax: 7512102

E-mail : bookhous@emirates.net.ae

